

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMA 2009–2015

**Suunnitelman loppuarviointi ja
ohjausryhmän ehdotukset**

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	6.4.2016
Tekijät	Toimeksiantaja
Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009–2015	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimeksiantamispäivä
	STM104:00/2009

Muiston nimi

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMA 2009–2015
Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset

Tiivistelmä

■ Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa linjattiin mielenterveys- ja päihdetyön keskeiset periaatteet vuosiksi 2009–2015. Lähtökohtana oli mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys. Suunnitelmassa oli neljä painopistealuetta: asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävää ja ehkäisevää työ, mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen ja ohjauskeinojen kehittäminen.

Suunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä arvioi useimpien ehdotusten mukaisten toimintojen kehittyneen oikeaan suuntaan vuosina 2009–2015. Myönteistä kehitystä todettiin erityisesti seuraavissa asioissa: kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otettiin mukaan toimintaan, psykiatrinen tahdosta riippumaton hoito vähentyi, mielenterveys- ja päihdetyön strategioita sisällytettiin kuntastrategioihin ja työkyvyn sekä työhön paluun tukeminen työterveyshuollossa vahvistuivat. Ulkoisen loppuarvioinnin mukaan suunnitelmalla oli myönteinen vaikutus erityisesti tietoisuuden lisääntymiseen asiakkaan aseman vahvistamisen, edistävän ja ehkäisevän työn sekä palvelujärjestelmän kehittämisen tarpeista. Kaikkia tavoitteita ei saavutettu osin koordinaation ja toimeenpanon resurssien vähäisyyden vuoksi.

Ohjausryhmä esittää, että vuoteen 2020 saakka asiakkaan asemaa vahvistetaan monipuolistamalla palveluja, ottamalla käyttöön yhdenvertaisuutta tukevia keinoja asiakkaan valinnanvapauden toteuttamisessa, vakiinnuttamalla kokemusasiantuntijoita, omaisia ja läheisiä huomioivia työmuotoja ja ottamalla käyttöön kuntoutumista ja työhön pääsyä tukevia toimenpiteitä. Edistävää ja ehkäisevää työtä lisätään ja toteutetaan eri hallinnonaloilla. Itsemurhien ehkäisyä jatketaan. Peruspalveluissa otetaan kattavasti käyttöön vaikuttavia menetelmiä. Palvelujen järjestämisessä ja hankinnoissa otetaan huomioon mielenterveys- ja päihdeongelmaisten erityiset tarpeet. Mielenterveys- ja päihdetyön ohjauksen kehittämisessä keskeistä on tietopohjan parantaminen, vaikuttavien palvelujen riittävä tarjonta sekä tulevien sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavien alueiden ja kuntien välinen yhteistyö.

Asiasanat

Mielenterveys; mielenterveyshäiriöt; mielenterveyspalvelut; mielenterveyden edistäminen; mielenterveyskuntoutus; edistävää ja ehkäisevää mielenterveystyötä; päihde- ja päihdeongelmat; päihdepalvelut; päihdehuolto; päihdeongelmat; kokemusasiantuntijuus; vertaistoiminta; sosiaali- ja terveyspalvelut; sote-uudistus; palvelujärjestelmä

Sosiaali- ja terveysministeriön
 raportteja ja muistioita 2016:3
 ISSN-L 2242-0037
 ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)
 ISBN 978-952-00-3694-2
 URN:ISBN:978-952-00-3694-2
 http://urn.fi/ URN:ISBN:978-952-00-3694-2

Muut tiedot

www.stm.fi

Kokonaissivumäärä

111

Kieli

Suomi

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	6.4.2016
Författare	Uppdragsgivare
Styrgruppen för genomförandet av den nationella planen för främjande av psykisk hälsa och alkohol- och drogarbete 2009-2015	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM104:00/2009
Rapportens titel	
PLAN FÖR FRÄMJANDE AV PSYKISK HÄLSA OCH ALKOHOL- OCH DROGARBETE 2009-2015 Slutlig utvärdering av planen och styrgruppens förslag	

Referat

■ I den nationella planen för främjande av psykisk hälsa och alkohol- och drogarbete fastslogs de centrala principerna för arbetet för att främja psykisk hälsa och motverka missbruk för åren 2009–2015. Utgångspunkten var att psykisk ohälsa och missbruk har en stor betydelse för folkhälsan. I planen ingick fyra prioriterade områden: stärkande av klientens ställning, främjande och förebyggande arbete, organisation av mental- och missbrukarvården och utveckling av styrmedel.

Styrgruppen bedömer att de flesta funktioner som ingår i förslagen har utvecklats i rätt riktning under åren 2009–2015. En positiv utveckling konstaterades i synnerhet i fråga om följande saker: erfarenhetsexperten och kamratstödjare togs med i verksamheten, psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja minskade, strategier för arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk togs med i kommunernas strategier och stödjandet av arbetsförmåga och återgång till arbetslivet stärktes inom företagshälsovården. Enligt en extern slutlig utvärdering hade planen en positiv inverkan i synnerhet genom att öka medvetenheten om behoven av att stärka klientens ställning, utföra främjande och förebyggande arbete och utveckla servicesystemet. Alla mål uppnåddes inte, delvis på grund av knappa resurser för samordning och genomförande.

Styrgruppen föreslår att under tiden fram till 2020 ska klientens ställning stärkas med hjälp av mångsidigare tjänster, genom införande av metoder som stöder jämlikheten i förverkligandet av klientens valfrihet, genom etablering av erfarenhetsexperten och arbetsformer som beaktar anhöriga och närstående och genom införande av åtgärder som stöder rehabilitering och sysselsättning. Det främjande och förebyggande arbetet utökas och genomförs inom olika förvaltningsområden. Arbetet med att förebygga självmord ska fortsätta. Inom basservicen tas verkningfulla metoder genomgripande i bruk. I organiseringen av tjänsterna och vid upphandling beaktas de särskilda behov som personer med psykisk ohälsa eller missbruk har. I utvecklandet av styrningen av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk är det viktigt att kunskapsbasen förbättras, att det finns ett tillräckligt utbud av verkningfulla tjänster och att kommunerna och de områden som framöver kommer att ha ansvaret för social- och hälsovården samarbetar.

Nyckelord

Psykisk hälsa; psykiska störningar; mentalvårdstjänster; främjande av psykisk hälsa; psykisk rehabilitering; främjande och förebyggande mentalvårdsarbete; berusningsmedel; förebyggande alkohol- och drogarbete; tjänster för missbrukare; missbrukarvård; missbruksproblem; erfarenhetsexpertis; kamratstödsverksamhet; social- och hälsotjänster; social- och hälsovårdsreformen; servicesystem

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:3 ISSN-L 2242-0037 ISSN 2242-0037 (online) ISBN 978-952-00-3694-2 URN:ISBN:978-952-00-3694-2 http://urn.fi/ URN:ISBN:978-952-00-3694-2	Övriga uppgifter www.stm.fi/svenska
Sidoantal 111	Språk Finska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

DOCUMENTATION PAGE

Publisher	Date
Ministry of Social Affairs and Health, Finland	06/04/2016
Authors	Commissioned by
Steering group of the implementation of the national plan for mental health and substance abuse work for 2009-2015	Ministry of Social Affairs and Health
	Date of appointing the organ
	STM104:00/2009
Title of report	
PLAN FOR MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE WORK FOR 2009-2015. Final assessment of the plan and proposals of the steering group	
Summary	
<p>■ The national plan for mental health and substance abuse work outlined the core principles for mental health and substance abuse work for the years 2009–2015. The plan started from the premise that mental health problems and substance abuse play a major role in public health. The plan included four priority areas: strengthening the status of service users, promotion and prevention, organisation of mental health and substance abuse services, and development of steering tools.</p> <p>The steering group for the implementation of the plan assessed that most of the actions proposed in the plan had developed in the right direction in 2009–2015. A positive trend could be witnessed especially in the following areas: experts by experience and peers were included in the activities, psychiatric involuntary treatment was used less, mental health and substance abuse work strategies were included in municipal strategies, and support for work ability and returning to work were strengthened in the occupational health care. According to an external final assessment, the positive effects of the proposal could be seen especially in the increased awareness of the needs for strengthening the status of service users, promotive and preventive work and development of the service system. All the objectives were not achieved, which was partly due to the scarce resources available for the coordination and implementation of the plan.</p> <p>The steering group proposes that the status of service users shall be strengthened by making the services more versatile, introducing equality promoting measures to support service users' freedom of choice, establishing work methods that take experts by experience, families and friends of the service users into consideration, and introducing measures that support service users' rehabilitation and access to employment. These measures shall be taken by 2020. A greater amount of promotive and preventive measures shall be carried out in the various administrative branches. The implementation of measures to prevent suicides shall be continued. Effective methods shall be taken into extensive use in the primary services. The special needs of persons with mental health or substance abuse problems shall be taken into account in the organisation and purchase of services. Key issues in the development of the steering of mental health and substance abuse work are the improvement of the knowledge base, the sufficient supply of effective services, and cooperation between municipalities and the future regions responsible for social welfare and health care.</p>	
Key words	
Mental health, mental health disorders, mental health services, promotion of mental health, mental health rehabilitation, promotive and preventive mental health work, substances, preventive substance abuse work, substance abuse services, substance abuse problems, user expertise, peer involvement, social welfare and health care services, health care and social welfare reform, service system	
Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2016:3 ISSN-L 2242-0037 ISSN 2242-0037 (online) ISBN 978-952-00-3694-2 URN:ISBN:978-952-00-3694-2 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3694-2	Other information www.stm.fi
	Number of pages 111
	Language Finnish



MINISTRY OF
SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH
Finland

SISÄLLYS

JOHDANTO.....	6
1 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMA 2009–2015	9
1.1 Suunnitelman tausta.....	9
1.2 Suunnitelman lähtökohdat ja tavoitteet.....	9
1.3 Toimeenpanon ohjaus ja seuranta	10
2 SUUNNITELMAN VÄLIARVIOINTI.....	14
3 OHJAUSRYHMÄN ITSEARVIOINTI EHDOTUSTEN TOTEUTUMISESTA 2009–2015	15
4 OHJAUSRYHMÄN ITSEARVIOINTI SUUNNITELMAN TOTEUTUMISESTA PAINOPISTEALUEITTAIN 2009–2015.....	22
4.1 Asiakkaan aseman vahvistaminen	22
4.2 Edistävä ja ehkäisevä työ	22
4.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen	23
4.4 Ohjauskeinojen kehittäminen	23
5 POHDINTA.....	24
5.1 Asiakkaan aseman vahvistaminen	24
5.2 Edistävä ja ehkäisevä työ	25
5.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen	26
5.4 Ohjauskeinojen kehittäminen	26
6 EHDOTUKSET MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN KEHITTÄMISEN PAINOPISTEIKSI VUOTEEN 2020	27
7 LOPPUSANAT	29
FÖRSLAG TILL PRIORITERINGAR I UTVECKLANDET AV ARBETET FÖR PSYKISK HÄLSA OCH MOT MISSBRUK FRAM TILL 2020	30
PROPOSALS FOR THE DEVELOPMENT OF MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE WORK UNTIL 2020	32
KIRJALLISUUTTA.....	34
LIITE KANSALLISEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMAN (MIELI) 2009–2015 ARVIOINTI	38

JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon tueksi ohjausryhmän 15.3.2010–31.12.2015 väliseksi ajaksi.

Ohjausryhmän tehtävänä oli mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon tukeminen eri yhteiskuntasektoreiden alueilla. Lisäksi tehtävänä oli arvioida vuosittain toimeenpanon etenemistä, ohjata toimeenpanoa sekä edistää mielenterveys- ja päihdetyön kehittymistä laaja-alaisesti yhteiskuntapolitiikan eri aloilla.

Toimeenpanon ohjausryhmän puheenjohtajana toimi johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki sosiaali- ja terveysministeriöstä ja varapuheenjohtajana johtaja Kari Paaso sosiaali- ja terveysministeriöstä koko ohjausryhmän toimikauden ajan. Työryhmän jäseninä ja varajäseninä olivat alla mainitut henkilöt (osan toimikaudesta mukana olleiden osallistumisvuodet suluissa):

- sosiaali- ja terveysministeriöstä lääkintöneuvos Maria Vuorilehto (2010), pääsihteeri Teija Kivekäs (os. Honkonen, 2010–2011, myöhemmin Työterveyslaitoksen edustajana 2011–2015), lääkintöneuvos Helena Vormo (2011–2015), sosiaalineuvos Kari Haavisto (varajäsen ylitarkastaja Veli-Matti Risku 2010–2012), lääkintöneuvos Taina Autti (2011–2014), lääkintöneuvos Jukka Mattila (2013–2014)
- Suomen Kuntaliitosta kehityspäällikkö Sirkka-Liisa Karhunen (2010–2012) (varajäsen erityisasiantuntija Anu Nemlander 2010–2012), erityisasiantuntija Ellen Vogt (varsinainen jäsen 2012–2013, varajäsen 2013–2015) (varajäsen erityisasiantuntija Erja Wiili-Peltola 2012–2013), asiantuntijalääkäri Tuula Kock (2013–2015)
- sosiaalialan osaamiskeskusten edustajana toimitusjohtaja Torbjörn Stoor, Finlandssvenska kompetenscentret Ab (varajäsen toimitusjohtaja Merja Salmi, Sosiaalitalo Oy)
- Mielenterveyden keskusliitosta toiminnanjohtaja Timo Peltovuori (2010–2011) (varajäsen koulutusjohtaja Mika Vuorela 2010, koulutusjohtaja Tiina Johansson 2011), kuntoutussuunnittelija Markku Lehto (2011–2015)
- Työterveyslaitokselta ylilääkäri Katinka Tuisku (2010–2011) (varajäsen erikoislääkäri Helena Rossi (2010–2011), erityisasiantuntija Leena Hirvonen (2011–2015, josta varajäsenenä 2013–2015), ylilääkäri Teija Kivekäs (2011–2015, aiemmin sosiaali- ja terveysministeriön edustajana 2010–2011)
- opetus- ja kulttuuriministeriöstä kulttuuriasianneuvos Immo Parviainen (varajäsen opetusneuvos Marja-Liisa Niemi)
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta ylijohtaja Marina Erhola (varajäsen osastojohtaja Jouko Lönnqvist 2010–2011, ylijohtaja Erkki Vartiainen 2012–2015)
- Raha-automaattiyhdistyksestä valmistelupäällikkö Hilppa Tervonen (varajäsen osastopäällikkö Mika Pyykkö 2010–2012, avustusvalmistelija Heli Litja 2012–2015)
- Kansaneläkelaitoksesta kehittämispäällikkö Tuula Ahlgren (varajäsen asiantuntijalääkäri Hannu Naukkarinen 2010, asiantuntijalääkäri Paula Melart 2011–2013, asiantuntijalääkäri Tanja Laukkala 2014–2015)
- Päihdehuollon valtakunnallisen yhteistyöryhmän edustajana johtaja Matti Rajamäki, Kalliolan kannatusyhdistys (varajäsen kehittämispäällikkö Maarit Andersson, Ensi- ja turvakotien liitto)
- Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeesta ylilääkäri Matti Kaivosoja (2010–2012, myöhemmin Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin edustajana 2013–2015) (varajäsen ylilääkäri Helena Terävä 2010–2012)
- Etelä-Suomen Mielen avain -hankkeesta projektipäällikkö Lauri Kuosmanen (2010–2012), hankejohtaja Marjo Kurki (2013–2015)
- Länsi-Suomen Länsi-hankkeesta projektipäällikkö Alpo Komminaho (2010–2013)
- Itä- ja Keski-Suomen Arjen mieli -hankkeesta hankejohtaja Petri Laitinen (2010–2013)

- Väli-Suomen Välittäjä-hankkeesta hankejohtaja Kimmo Mäkelä (2010) (varajäsen toiminta-aluejohtaja Antero Lassila 2010–2011, myöhemmin pysyvästi asiantuntijana 2012–2015), hankejohtaja Minna Laitila (2011), hankejohtaja Juha Ahonen (2011–2013)
- Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä -hankkeesta projektipäällikkö Nina Peronius (2013–2015)
- Palvelumuotoilulla parempia palveluja riskiryhmille -hankkeesta projektipäällikkö Niina Jalo (2013–2015)
- Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymästä ylilääkäri Matti Kaivosoja (2013–2015)
- Lapin sairaanhoitopiiristä tulosaluejohtaja Sanna Blanco-Sequeiros (2011–2015).

Ohjausryhmän pysyvinä asiantuntijoina toimivat:

- Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta osastonjohtaja Mauri Marttunen 2012–2015 (aiempi taustataho Helsingin yliopistollinen keskussairaala 2010–2011) ja erityisasiantuntija Jukka Mäkelä
- A-klinikkasäätiöltä toimitusjohtaja Olavi Kaukonen
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä ylilääkäri Hanna-Mari Alanen 2014–2015 (aiemmin vastuualuejohtaja Päivi Kaukonen 2014–2015)
- Kirkkohallituksesta työalasihteeri Tiina Saarela
- Suomen mielenterveysseurasta toiminnanjohtaja Marita Ruohonen
- Sosiaali- ja terveysministeriöstä vastuualuejohtaja Päivi Kaukonen (2014–2015, aiemmin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin edustajana 2010–2013)
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä toiminta-aluejohtaja Antero Lassila (2012–2015).

Ohjausryhmän on kuullut kokouksissaan lisäksi asiantuntijoita kokousteemojen yhteydessä käsitellyistä ajankohtaisista asioista. Asiantuntijoina on ollut muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön, työ- ja elinkeinoministeriön, Opetushallituksen sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen edustajia.

Työryhmän asiantuntijasihteereinä toimivat Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta ylilääkäri Juha Moring (30.4.2015 asti) ja kehittämisspäällikkö Airi Partanen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylilääkäri Jukka Kärkkäinen osallistui 13.11.2015 jälkeen ohjausryhmän viimeisiin kokouksiin ja tämän loppuraportin valmisteluun. Sosiaali- ja terveysministeriön puolelta sihteereinä toimivat osastosihteeri Nina Malmberg (2010), osastosihteeri Emma-Julia Kola (2011), sekä osastosihteeri Jenni Mäkitalo, osastosihteeri Jaana Aho ja osastosihteeri Helena Rosvall vuosina 2013–2015.

Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 toimeenpanon ohjausryhmä kokoontui 2–5 kertaa vuodessa ja piti kaikkiaan 20 kokousta. Lisäksi ohjausryhmällä oli kolme työseminaaria (2010, 2012, 2013) sekä kaksi sähköpostikokousta. Ohjausryhmällä oli lisäksi varsinaisen toimikautensa ulkopuolella kaksi sähköpostikokousta helmikuussa 2016 tämän julkaisun yhteenvedon hyväksymiseksi sekä päätöskokous julkaisun luovutustilaisuuden yhteydessä 6.4.2016.

Ohjausryhmän toiminnan suunnittelu sekä kokousten ja seminaarien valmistelu tehtiin vuodesta 2010 alkaen ohjausryhmän puheenjohtajiston, lääkintöneuvos Helena Vorman sekä asiantuntijasihteereiden muodostamassa työvaliokunnassa. Vuosina 2014–2015 toimi lisäksi laajennettu työvaliokunta, johon työvaliokunnan jäsenten lisäksi osallistuivat asiantuntijalääkäri Tuula Kock (Suomen Kuntaliitto), ylilääkäri Teija Kivekäs (Työterveyslaitos), asiantuntijalääkäri Tanja Laukkala (Kansaneläkelaitos), ylilääkäri Matti Kaivosoja (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä), toimitusjohtaja Olavi Kaukonen (A-klinikkasäätiö), ylilääkäri Antero Lassila (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri) ja toimitusjoh-

taja Torbjörn Stoor (Finlandssvenska kompetenscentret Ab). Laajennetun työvaliokunnan joissakin kokouksissa oli lisäksi mukana sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijoita. Laajennettu työvaliokunta kokoontui kaikkiaan yhdeksän kertaa vuosien 2014–2015 aikana.

Toimikautensa päätteeksi ohjausryhmä esittää ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2020. Niiden valmistelussa on huomioitu ohjausryhmän tekemän itsearvioinnin lisäksi ulkoisen arvioinnin tulokset sekä WHO:n (World Health Organization) Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma. Ulkoisen arvioinnin loppuraportti on liitteenä.

1 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMA 2009–2015

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009 -työryhmä valmisti kansallisen mielen- terveys- ja päihdesuunnitelman toimikaudellaan 1.4.2007–30.12.2008. Työryhmän työn tulok- sena julkaistiin 10.2.2009 'Mielen terveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015'. Suunnitelmassa oli kahdeksantoista ehdotusta jakautuen neljälle painopistealueelle: asiakkaan asema, edistävä ja ehkäisevä työ, mielen terveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen ja mielen terveys- ja päihde- työn ohjauskeinot.

1.1 SUUNNITELMAN TAUSTA

Suunnitelman taustalla oli 106 kansanedustajan allekirjoittama toimenpidealoite kansallisen mielen terveysohjelman laatimisesta (TPA 36/2004 vp /vihreät Kirsi Ojansuu). Aloitteessa korostettiin tarvetta tarkastella mielen terveyspalveluja laaja-alaisesti mielen terveyden hoidon, laadun ja saatavuuden kehittämiseksi yksittäisten mielen terveyden ongelmakohtien ratkaisu- jen sijaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän tehtäväksi oli kansanedustajien aloitetta laajempi. Työryhmän tuli valmistella sosiaali- ja terveysministeriölle ministeriön strategia 2015:n mukainen mielen terveys- ja päihdesuunnitelma, tehdä ehdotukset hyvien käytäntöjen yleistämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä tehdä ehdotuksia ohjauskeino- jen kehittämiseksi. Työssä piti myös ottaa huomioon kansainväliset linjaukset.

1.2 SUUNNITELMAN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2007 asettama, mielen terveys- ja päihdesuunnitelmaa valmistellut työryhmä perusteli mielen terveys- ja päihdesuunnitelman tarpeellisuutta useilla syillä. Mielen terveys- ja päihdeongelmilla todettiin olevan suuri kansanterveydellinen merki- tys ongelmiin usein liittyvän työkyvyttömyyden vuoksi. Mielen terveyshäiriöiden ja päihdeon- gelmien aiheuttamat suorat kustannukset olivat huomattavat ja epäsuorat kustannukset monin- kertaiset. Päihteiden aiheuttamista haitoista nostettiin esille erityisesti alkoholinkulutuksen kolminkertaistuminen 1960-luvun lopusta ja 2000-luvun alussa tapahtunut nopea kasvu, sekä kulutuksen kasvun myötä alkoholiin liittyvien haittojen yleistymisen, kuten alkoholiin liittyvi- en kuolemien näkyminen työikäisten yleisimpänä kuolinsyynä. Huumeiden käytön todettiin yleistyneen 1990-luvun loppupuolella. Mielen terveys- ja päihdeongelmien samanaikaisen esiintymisen todettiin selvästi lisääntyneen. Mielen terveys- ja päihdepalvelut toimivat kuiten- kin toisistaan erillään hajanaisessa palvelujärjestelmässä – mielen terveyspalvelut pääosin terveystoimeen ja päihdehuollon erityispalvelut sosiaalitoimeen sijoittuneina. Hajanaisen palvelujärjestelmän todettiin vaikeuttavan palveluita tarvitsevien pääsyä palveluihin ja edesauttavan palveluista pois putoamista. Palvelujen tuottajina oli myös monia tahoja, kun palveluista osan tuottivat kunnat itse, osan tuottivat järjestöt ja osan yksityiset palveluntuotta- jat. Avohoidon kehittämisen nähtiin jääneen toissijaiseksi, ja suhteettoman suuren osan mie- len terveys- ja päihdeongelmien hoidon kustannuksista kohdistuvan laitoshoidon. Mielen ter- veyden ja päihdepalvelujen rinnalla nähtiin tärkeäksi kehittää mielen terveyttä ja päihteettömyyt- tä edistävää ja ongelmia ehkäisevää työtä.

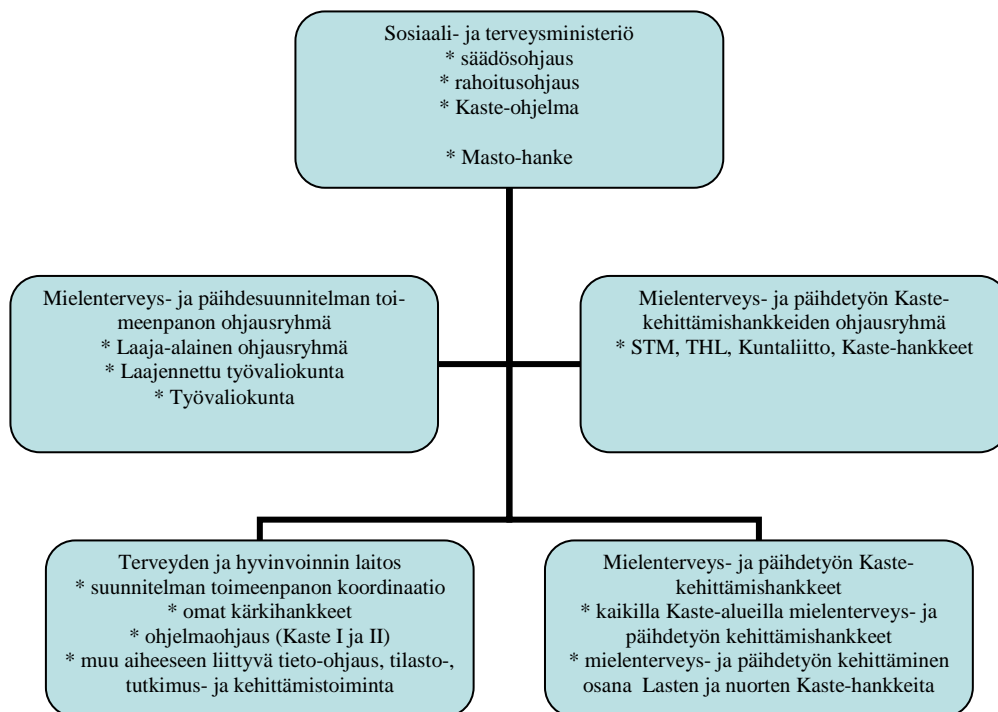
Mielen terveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteiksi asetettiin asiakkaan aseman vahvistami- nen, ehkäisevän työn tehostaminen, mielen terveys- ja päihdeongelmaisten palvelujärjestelmän

kehittäminen koordinoituksi kokonaisuudeksi avohoitoa ja peruspalveluja painottaen, sekä ohjauskeinojen vahvistaminen.

1.3 TOIMEENPANON OHJAUS JA SEURANTA

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valtakunnallista toimeenpanoa ohjasi sosiaali- ja terveysministeriön asettama monialainen ohjausryhmä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella oli toimeenpaneva rooli. Keskeisinä kehittämistä toteuttavina hankkeina olivat mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön Masto-hankkeessa (Massenusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke 2008–2011) toteutettiin myös mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisia tavoitteita (kuva 1).

Kuva 1. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjaus



Ohjausryhmä toimi yhdistävänä foorumina eri sektoreilla ja eri puolilla Suomea tapahtuvalle mielenterveys- ja päihdetyön yhteiselle kehittämiselle. Ohjausryhmä kokosi valtionhallinnon, palvelujärjestelmän, palvelu- ja kehittämistoiminnan rahoittajien, hankkeiden ja järjestöjen edustajia. Ohjausryhmä kävi keskustelua ajankohtaisista mielenterveys- ja päihdetyöhön vaikuttavista kysymyksistä, teki ehdotuksia ja arvioi mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotusten mukaisen toiminnan etenemistä. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta oli ohjausryhmän kokousten pysyvänä aiheena. Muina aiheina käsiteltiin muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon ajankohtaisia lainsäädäntöuudistuksia, mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen ohjausta sekä ammatillisen koulutuksen kehittämistä.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaista toimintaa edistettiin säädösohjauksella, rahoitukseen liittyvällä ohjauksella sekä tieto-ohjauksella. Keskeisimmät laajat mielenterveys- ja päihdetyöhön vaikuttaneet lainsäädäntömuutokset olivat uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja uusi sosiaalihuoltolaki (1301/2014) sekä raittiustyölain uudistaminen laiksi ehkäisevän

päihdetyön järjestämisestä (523/2015). Terveys- ja sosiaalihuoltolaissa määriteltiin terveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyö. Uusi sosiaalihuoltolaki määritteli sosiaalihuollon mielenterveys- ja päihdetyön ja raskaana olevien naisten oikeuden välittömiin ja riittäviin päihde- ja päihdeongelmien tukeviin sosiaalipalveluihin. Sosiaalihuoltolaissa on säännöksiä, jotka koskevat erityisen tuen tarpeessa olevia henkilöitä. Sillä tarkoitetaan henkilöitä, joilla on vakava toimintakyvyn tai selviytymisen heikentyminen esimerkiksi mielenterveys- tai päihdeongelman seurauksena. Laki vahvistaa erityisen tuen tarpeessa olevien henkilöiden tai asiakkaiden asemaa ja palvelujen yhdistämistä kokonaisuudeksi. Erityisen tuen tarve arvioidaan sosiaalihuollon palvelutarvetta selvitettyä. Myös terveydenhuollon hoitosuunnitelma otetaan huomioon sosiaalipalveluja koskevaa päätöstä tehtäessä. Lisäksi mielenterveyslain muutoksilla parannettiin tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan oikeusturvaa (438/2014). Sosiaali- ja terveysministeriö uudisti 1.2.2016 mielenterveyslain mukaisen tahdosta riippumattoman hoidon lomakkeiston, joka ohjaa aikaisempaa lomakkeistoa paremmin noudattamaan mielenterveys- ja hallintolakia (1582/2015). Päivystysasetuksen (782/2014) voimaantulo on edistänyt psykiatrisen päivystyksen ja sairaalahoidon siirtymistä yleissairaaloitten yhteyteen ja edistänyt yhteyttä sosiaalipäivystykseen. Neuvola-asetus (asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011) toi mukanaan perheen laajat terveystarkastukset ja koko perheen hyvinvoinnin selvittämisen sekä erityisen tuen tarpeen tunnistamisen ja tuen järjestämisen. Säädosmuutoksilla toteutettiin myös mielenterveys- ja päihdeongelmaisten toimeentuloturva parantavia ja työelämään suuntautumista tai opiskelua tukevia toimenpiteitä (muun muassa laki toimeentulotuesta 1412/1997, laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 566/2005, laki työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työhönpaluun edistämiseksi 738/2009, sairausvakuutuslaki 1224/2004, työttömyysturvalaki 120/2002, laki yleisestä asumistuesta 938/2014).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon aikana 2009–2015 sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen tarkoitettua valtionhallinnon kehittämisrahoitusta kanavoitiin hallituskausittain sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman, Kaste-ohjelman kautta. Kaste-ohjelmakausilla 2008–2011 ja 2009–2015 oli laajoja mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeita kaikilla Kaste-hankealueilla (taulukko 1). Niiden kehittämistoiminta noudatteli mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjauksia. Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden laajuus ja niiden kattaman alueen väestön määrä vaihteli eri puolilla Suomea. Niihin osoitettiin vuosina 2008–2015 yhteensä 22,9 miljoonaa euroa. Lisäksi lasten ja nuorten Kaste-hankkeisiin sisältyi mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä.

Taulukko 1. Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeet Kaste-alueittain vuosien 2009–2015 aikana

ALUE	HANKE, HALLINNOIJA ja KASTE-RAHOITUS	ALUE JA VÄESTÖPOHJA
ETELÄ-SUOMI	Mielen avain 2010–2012, 2012–2013 ja 2013–2015 * Vantaan kaupunki * 10,1 milj. euroa	35 kuntaa ja kuntayhtymiä Etelä-Suomen maakunnassa 1,1–1,8 milj. as.
LÄNSI-SUOMI	Länsi 2010–2012 ja 2012–2013 * Satakunnan shp * 1,9 milj. euroa Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille (PPPR) 2013–2016 * Turun kaupungin hyvinvointitoimiala * 1,5 milj. euroa	Satakunnan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat sekä 11 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntaa 0,5 milj. as. 0,6 milj. as.
ITÄ- JA KESKI-SUOMI	Arjen Mieli 2011–2013 * Etelä-Savon shp * 1,6 milj. euroa	Itä- ja Keski-Suomen kuntia ja kuntayhtymiä 0,8 milj. as.
VÄLI-SUOMI	Välittäjä 2009–2011 ja 2011–2013 * Etelä-Pohjanmaan shp * 4,9 milj.	Vaasan, Etelä-Pohjanmaan, Pirkanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirit, Lahden kaupunki ja Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä 1,2 milj. as.
POHJOIS-SUOMI	Tervein Mieli Pohjois-Suomessa 2009–2011 * Keski-Pohjanmaan shp&ppky * 1,8 milj. euroa Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä 2013–2015 * Kolpeneen palvelukeskuksen ky ja Kainuun sote * 1,1 milj. euroa	Lapin, Länsi-Pohjan, Pohjois-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit ja Kainuun maakunta -kuntayhtymä 0,7 milj. as. Lapissa 14 kuntaa ja Kainuun maakunta -kuntayhtymän 7 kuntaa 0,2 milj. as.

Valtakunnallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ohjausta toteutettiin ohjausryhmän lisäksi mielenterveys- ja päihdetyön alueelliset Kaste-hankkeet kokoavan ohjausryhmän avulla.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella oli Kaste-hankkeiden käynnistymistä ja toimeenpanoa tukeva yleinen rooli, ja mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaista kehittämistä edistävä ohjausrooli yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton kanssa. Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden sisällöllistä valtakunnallista ohjausta ja tukea toteutettiin 2–3 kertaa vuodessa hankejohtolle pidettyinä yhteisinä ohjaustapaamisina sekä suunnittelemalla ja toteuttamalla yhdessä hankkeiden kanssa joitakin vuosittaisia valtakunnallisia koulutustilaisuuksia sekä tukemalla hankkeiden tulosten levittämistä yhteisten koulutusten ja julkaisujen avulla. Kaikkien mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden toteutuksesta ja tuloksista löytyy tietoa innovaatio- ja kehittämistyötä tukevasta ja työn tuloksia välittävästä, kaikille avoimesta Innokylä-verkkopalvelusta.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos toteutti valtakunnallista tieto-ohjausta ylläpitämällä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman verkkosivuja sekä kokoamalla tehdyn kehittämistyön tuloksia vuosittain ilmestyneisiin raportteihin ja järjestämällä koulutustilaisuuksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella valittiin lisäksi muutamia aiheita sen omiksi kärkihankkeiksi mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanossa. Kunkin kärkihankkeen mukaista toimintaa pyrittiin toteuttamaan pitkäjänteisesti useamman vuoden ajan, kuten kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen, pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa, yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdestrategioiden valmistelun tukeminen, mielenterveys- ja päihdeongelmien sukupolvien yli siirtymisen ehkäisy ja palvelujärjestelmän kehittämisen tuki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sisäinen, toimeenpanosta vastaava työryh-

mä arvioi sen omien kärkihankkeiden etenemistä vuosittain, ja kärkihankkeiden aiheita myös laajennettiin vuonna 2012.

2 SUUNNITELMAN VÄLIARVIOINTI

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä teki suunnitelman toteutumisesta ehdotuskohtaisen puoliväliarvioinnin 2012 ja jatkoi väliarviointien tekemistä vuosittain 2013 ja 2014. Vuosien 2013 ja 2014 arvioissa tarkasteluajanjaksona oli eteneminen edellisen arvioinnin jälkeen. Väliarvioinneissa käytettiin symboleina liikennevaloja kuvaamaan ehdotusten mukaisen toiminnan etenemistä.

Liikennevaloissa käytettiin seuraavia värikoodeja:

- Punainen** – kuvaa ehdotuksen mukaisen kehittämistyön edenneen huonosti
- Keltainen** – kuvaa oikeansuuntaisen edistymisen näkymistä
- Vihreä** – kuvaa ehdotuksen mukaisessa toiminnassa tapahtunutta myönteistä muutosta

Vuoden 2012 puoliväliarviossa (STM:n julkaisuja 2012:24) yhdeksän ehdotuksen mukaisessa toiminnassa arviointiin näkyvän oikeansuuntaista edistymistä. Huonosti edenneiksi arvioitiin toimeentuloturvan (ehdotus 5) ja työllistymisedellytysten (ehdotus 12) parantamiseen sekä koulutuksen kehittämiseen (ehdotus 14) ja resurssien vahvistamiseen (ehdotus 17) liittyvä kehittyminen. Myönteistä muutosta nähtiin jo tapahtuneen strategiatyössä (ehdotus 7), työterveyshuollon roolissa (ehdotus 11), suosituksissa (ehdotus 15), valtakunnallisessa mielenterveys- ja päihdetyön koordinoinnissa (ehdotus 16) sekä lainsäädännössä (ehdotus 18). Ehdotusten toteutumisen pohjalta esitettiin myös ehdotuskohtaisesti erityisesti tehostettavia toimenpiteitä. Väliarvioinnin yhteydessä painotettiin erityisesti tehostettavina toimenpiteinä sukupolvesta toiseen siirtyvien ongelmien ehkäisyä, ehkäisevää työtä, varhaista tunnistamista ja hoitoa peruspalveluissa sekä alkoholin käytön vähentämistä. Lisäksi painotettiin vakavia mielenterveys- ja päihdehäiriöitä sairastavien hyviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja asumiseen, työhön ja osallistumismahdollisuuksiin liittyviä palveluja.

3 OHJAUSRYHMÄN ITSEARVIOINTI EHDOTUSTEN TOTEUTUMISESTA 2009–2015

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman koko kautta 2009–2015 koskevassa arviossa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ohjausryhmän jäseniä ja varajäseniä pyydettiin arvioimaan ehdotusten toteutumista ”liikennevaloina”, ja sekä esittämään perustelut arvioinnilleen.

Liikennevaloissa käytettiin seuraavia värikoodeja:

Punainen – kuvaa ehdotuksen mukaisen kehittämistyön edenneen huonosti

Keltainen – kuvaa oikeansuuntaisen edistymisen näkymistä

Vihreä – kuvaa ehdotuksen mukaisessa toiminnassa tapahtunutta myönteistä muutosta.

Arvio toteutettiin webropol-kyselynä 17.6.–25.9.2015 välisenä aikana. Ohjausryhmän puheenjohtajien ja sihteerien ja muutamien jäsenten muodostama laajennettu työvaliokunta viimeisteli saatujen arviointien pohjalta yhteenvedon, jota käsiteltiin yhdessä sähköpostikokouksessa ja kahdessa varsinaisessa kokouksessa. Ohjausryhmän itsearviointi hyväksyttiin 18.12.2015 ohjausryhmän kokouksessa.

Ehdotus 1. Yhdenvertainen kohtelu ja palveluihin pääsy

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten pääsy palveluihin ja kohtelu niissä on yhdenvertaista kaikkien muiden palvelunkäyttäjien kanssa. Tämä toteutetaan asenteiden muutokseen tähtäävällä koulutuksella, palvelujen valvonnalla ja hoito- ja palvelutakuun keinoin.



Lainsäädännöllä (terveydenhuoltolaki, uusi sosiaalihuoltolaki, päivystysasetus, laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista) on pyritty vahvistamaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten yhdenvertaista palvelujen saatavuutta muiden asiakasryhmien kanssa.

Päivystysasetus edellyttää psykiatrisen päivystyksen toimimista somaattisen päivystyksen yhteydessä, mutta tämä ei vielä kaikkialla toteudu.

Hoitoon pääsyä on käytännössä pyritty edistämään eri puolilla Suomea. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa mielenterveys- ja päihdetyön osaamista on lisätty, ja mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat lähentyneet toisiaan.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ovat edelleen muihin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasryhmiin verrattuna syrjinnän ja leimaamisen kohteena. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten elinajanodote on muuta väestöä huomattavasti lyhyempi, eivätkä he saa yhtä hyvää somaattista hoitoa kuin muu väestö.

Ehdotus 2. Yhden oven periaate

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee joustavasti matalakynnyksisen yhden oven periaatteella ensisijaisesti sosiaali- ja terveyskeskuksen ja sen puuttuessa perusterveydenhuollon yksikön kautta.



Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarjoaminen yhden oven periaatteella on laajasti hyväksytty periaate, mutta käytännössä sen tulkinta ja toteutus vaihtelevat.

Eri puolilla Suomea on yhdistetty mielenterveys- ja päihdepalveluja. Esimerkiksi Kokkolassa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja päihdehuollon toimivat toistensa yhteydessä. Palveluohjauksen ja tuen saaminen on alueellisesti tasavertaisempaa ja saavutettavampaa erilaisten verkko- ja videomuotoisten palvelujen kautta (esimerkiksi Mielenterveystalo.fi ja Lapissa Virtu.fi).

Eriytyneen osaamisen saavutettavuus on kuitenkin voinut samalla heikentyä tai eriytynyttä osaamista on voinut hävitä.

Ehdotus 3. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat

Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.



Vertaistoimijuutta sekä kokemusasiantuntija- ja kehittäjäasiakastoimintaa on kehitetty edelleen ja niiden hyödyntäminen on lisääntynyt, mutta on alueellisesti vaihtelevaa.

Eri puolilla Suomea on muodostunut erilaisia käytäntöjä kokemusasiantuntijoiden ja kehittäjäasiakkaiden kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Asiakkaiden kokemuksia hyödynnetään palvelujen suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Rooli palvelujen toteuttamisessa painottuu tällä hetkellä. Toimintaan haetaan erilaisia toteutusmalleja. Kuntalaisten ja asiakkaiden osallistuminen palvelujen kehittämiseen on nostettu esille lainsäädännössä, kuten kuntalaissa (410/2015), terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa sekä laissa ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä. Kuntalain mukaan kunnan asukkailla ja palvelujen käyttäjillä on oikeus osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan esimerkiksi valitsemalla palvelujen käyttäjien edustajia kunnan toimielimiin sekä suunnittelemalla ja kehittämällä palveluja yhdessä palvelujen käyttäjien kanssa.

Ehdotus 4. Tahdosta riippumaton hoito

Sosiaali- ja terveysministeriö laatii ehdotuksen hallituksen esitykseksi itsemääräämisoikeuden rajoitukset sisältävästä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisestä puitelaista ja tekee säädösehdotuksen tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon ottamiseen liittyvästä ulkopuolisesta asiantuntija-arviosta. Lisäksi toteutetaan valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma psykiatrisessa sairaalahoidossa.



Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevaa laajaa lainsäädäntöuudistusta on valmisteltu.

Tahdosta riippumaton hoito ja hoidon aikaisen itsemääräämisoikeuden rajoitukset ovat vähentyneet, mutta alueelliset erot ovat edelleen suuria. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima pakon käytön vähentämisen ohjelma on edistännyt muutosta valtakunnallisesti kaikissa sairaanhoitopiireissä.

Psykiatrisen hoitotahdon käyttö on yleistynyt. Psykiatrisen hoitotahdon avulla on mahdollista ilmaista etukäteen toiveita psykiatrisesta hoidosta sellaisissa tilanteissa, jossa potilas ei itse kykene sairautensa vuoksi kertomaan, mitä hän haluaa. Hoitotahto ei kuitenkaan ohita mielenterveys- ja päihdehuoltolain säädöksiä tahdosta riippumattomasta hoidosta.

Ehdotus 5. Toimeentuloturva

Kehitetään hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturvan muotoja niin, että ne edistävät päihde- ja mielenterveyspotilaiden omaehtoista hakeutumista ja sitoutumista hoitoon sekä edistävät työelämään paluuta kuntoutumisen edetessä.



Useita toimeentuloturvaa parantavia ja työelämään suuntautumista tai opiskelua tukevia toimenpiteitä on toteutettu, kuten työhönpaluun mahdollistaminen työkyyttömyyseläkkeeltä (laki työkyyttömyyseläkkeellä olevien työhönpaluun edistämisestä), osakuntoutusraha, nuoren kuntoutusraha ja osasairauspäiväraha (laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista) sekä rajallinen opiskeluoikeus sairauspäivärahakauden aikana (sairausvakuutuslaki). Työttömyysturvassa (työttömyysturvalaki) ja yleisessä asumistukijärjestelmässä (laki yleisestä asumistuesta) on otettu käyttöön henkilökohtainen ansiotulojen suojaosa. Toimeentulotuen etuoikeutettu tulo on vakinaistettu ja henkilökohtaistettu. Työttömyysturvaan ja toimeentulotuen perusosan tasoon on tehty tasokorotus ja yleinen asumistukijärjestelmä on uudistettu. Aikuisten psykoterapian korvattavuustaso nousee vuoden 2016 alusta lukien (laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista). Päätös perustoimeentulotuen myöntämisen ja maksamisen siirtymisestä Kelan (Kansaneläkelaitoksen) hoidettavaksi tehtiin lakiin toimeentulotuesta keuhällä 2015 ja se toteutuu vuoden 2017 alusta. Siirron odotetaan helpottavan perustoimeentulotuen hakemista, mikä voi ehkäistä esimerkiksi sairaudesta johtuvaa velkaantumista, sekä tehostavan toimeentulotukijärjestelmän toimintaa.

Uudistukset eivät kuitenkaan vielä näy riittävästi mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työelämään paluun helpottumisena, toimeentulon kohenemisena tai köyhyyden vähenemisena. Päihdeongelmaisten sairaus- ja kuntoutusrahan kehittämisessä ei ole edetty riittävästi, eikä Kelan osatyökyyttömyyseläke ole vielä mahdollinen. Palkan ja sosiaaliturvan joustavampi yhteen sovittaminen vaatii edelleen kehittämistä. Vaikeista päihdeongelmista kärsivien toimeentulo on käytännössä edelleen viimesijaisen etuuden – toimeentulotuen – varassa. Vaikea taloudellinen tilanne ja vuoden 2016 aikana toimeenpantavat, erityisesti perusturvaan ja asiakasmaksuihin sekä sairausvakuutukseen kohdistuvat muutokset tulevat vaikeuttamaan mielen- terveys- ja päihdekuntoutujien toimeentuloa.

Ehdotus 6. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön painopisteet

Mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi keskitytään kolmeen osa-alueeseen: 1. Alkoholiverotusta korotetaan merkittävästi vuoden 2009 tasosta. 2. Hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistetaan ja kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin lisätään. 3. Tunnistetaan ja ehkäistään mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen yli sukupolvien.



Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön painopisteitä laajennettiin puolivälivaiheen yhteydessä vuonna 2012: toisaalta korostettiin vaikuttaviksi arvioitujen mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisevien menetelmien käyttöönoton tehostamista (alkoholin kokonaiskulutuksen vähentäminen, sukupolvien yli siirtyvien ongelmien ehkäisy, lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy, itsemurhien ja itsemurhayritysten ehkäisy), toisaalta taas painotettiin mielenterveyden, psyykkisen kestämyksen ja hyvinvoinnin edistämistä (hyvinvointia edistävien yhteisöjen vahvistaminen ja ongelmanratkaisukykyyn tukeminen).

Ehkäisevän työn menetelmistä on ollut käytettävissä tietoa, mutta niitä hyödynnetään vaihtelevasti alue- ja kuntatasolla. Ehkäisevä työ on nostettu esille sekä terveydenhuoltolaissa että uudessa sosiaalihuoltolaissa. Lasten palveluissa perheen laajoissa terveystarkastuksissa selvitetään koko perheen hyvinvointia. Lapsen hyvän kehityksen tukemiseksi ja yli sukupolvien siirtyvien ongelmien ehkäisemiseksi on kehitetty Toimiva lapsi & perhe -työ.

Vuonna 2004 tehtiin suuri alkoholiveron alennus (keskimäärin 33 %). Tämän seurauksena alkoholijuomien kulutus ja haitat lisääntyivät huomattavasti ja alkoholiverotulot laskivat 300 miljoonaa euroa vuositasona. Vuoden 2007 jälkeen on tehty seitsemän veronkorotusta. Tämän seurauksena alkoholijuomaverotulot ovat kasvaneet 400 miljoonaa euroa vuositasona. Alkoholijuomien kokonaiskulutus on laskenut alle vuoden 2003 kulutustason. Alkoholihaitat ovat vähentyneet.

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä tuli voimaan 1.12.2015 ja sen toimeenpanoa tukee ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Hyvänä esimerkkinä ehkäisevästä päihdetyöstä on Pakka-toimintamalli.

Ehdotus 7. Mielenterveys- ja päihdetyön strategia

Kunnat sisällyttävät mielenterveys- ja päihdetyön strategian terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaan osana kuntastrategiaa. Lisäksi ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön asemaa vahvistetaan nimeämällä vähintään yksi kokopäiväinen pysyvä työntekijä koordinoimaan työtä laajan väestöpohjan mukaiselle alueelle.



Monet kunnat ovat sisällyttäneet mielenterveys- ja päihdetyön strategian osaksi kuntastrategiaansa. Niiden merkitys käytännön työtä ohjaavana strategiana vaihtelee. Strategian merkitystä voi heikentää esimerkiksi riittävän laajan alueellisen yhteistyön puuttuminen. Alkoholiohjelman puitteissa on kehitetty alueellinen koordinaattorakenne ehkäisevään päihdetyöhön.

Ehdotus 8. Palvelukokonaisuuden koordinointi

Palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuussa olevan kunnan tulee koordinoida nykyistä tehokkaammin julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin palvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi.



Nykyisin koordinoinnin tarve ja merkitys tunnustetaan sekä palvelujen kokonaistaloudelliselta että asiakkaan hyvinvoinnin kannalta.

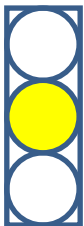
Alueellisesti on esimerkkejä kattavasti koordinoituista palveluista tai niiden kehittämisestä, esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote), Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä tai perusteilla oleva Siun Sote.

Palvelujen laadun ja saatavuuden seuranta on edelleen vaikeaa, koska valtakunnallisten rekisterien puutteista johtuen tiedot ovat sirpaleisia ja sektorikohtaisia. Kokonaistilanteesta ei ole kattavaa kuvaa. Palvelujen koordinoinnissa on alueellista vaihtelua. Palvelujen hankintamenettelyjen merkityksestä palvelujen kokonaiskoordinoinnille ei ole tietoa. Kuntoutuksen koordinointi osana mielenterveys- ja päihdepalvelukokonaisuutta on kunnissa edelleen riittämätöntä.

Valtakunnallisella SOTE-tieto hyötykäyttöön -strategialla pyritään tukemaan samanaikaista palvelujen ja tietojärjestelmien kehittämistä sekä yhtenäistä tiedon hallintaa. Strategiassa korostetaan tiedon hyödyntämistä vastaamaan palvelujen, saatavuuden ja seurannan tarpeita ja pyritään poistamaan rekisteritiedon keruulle ominaista viivettä.

Ehdotus 9. Perus- ja avopalvelujen tehostaminen

Kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville lisäämällä ja monipuolistamalla muun muassa päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja. Tämä luo edellytykset sille, että laitospaikkojen tarve vähenee. Erikoistason psykiatriset ja päihdehuollon erityispalvelujen avohoitoyksiköt yhdistetään. Psykiatrinen sairaalahoido siirretään pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen.



Väliarvion perusteella painotettiin erityisesti peruspalvelujen avopalvelujen ja kuntoutustoiminnan sekä asumispalvelujen kehittämistä.

Ajatus perus- ja avohoitopainotteisuudesta on yleisesti hyväksytty. Avohoitopainotteisuus on lisääntynyt. Peruspalvelujen kehittäminen on alueellisesti vaihtelevaa. Mielenterveys- ja päihdetyön liikkuvat ja konsultaatiopalvelut eivät ole merkittävästi lisääntyneet, mutta esimerkiksi uusia kuvapuhelintyökaluja pilotoidaan Lapissa. Päivystysasetus on edistänyt psykiatrisen sairaalahoidon siirtymistä yleissairaaloiden yhteyteen. Päihdepalvelujen avohoittoa on yhdistetty pikemminkin perustason palveluihin kuin psykiatrian avopalveluihin. Kokonaistilanteesta ei kuitenkaan ole kattavaa kuvaa, koska kirjavat nimikkeistöt ja paikallisten ratkaisujen epäyhtenäinen tilastointi vaikeuttavat kokonaiskuvan luomista.

Avohoidon lisääntyessä asumispalvelujen käyttö on lisääntynyt, mutta asumispalvelujen laatu, valvonta ja kuntouttavuus on vaihtelevaa.

Ehdotus 10. Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö

Kuntien järjestämä lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö toteutetaan ensisijaisesti lasten ja nuorten arkisessa elinympäristössä, kuten kodissa, päivähoitossa tai koulussa. Erikoispalvelut tukevat monimuotoisesti peruspalveluja.



Neuvola-asetus on otettu käyttöön ja se on edistänyt mielenterveystyötä peruspalvelujen neuvolatoiminnassa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Terveystieteiden laki on tehostanut alle 23-vuotiaiden hoitoonpääsyä psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Vuonna 2015 voimaantulleessa sosiaalihuoltolaissa on otettu huomioon lapsiperheiden tarvitsema tuki, jolla pyritään vähentämään lastensuojelun tarvetta. Tämän

lain vaikutuksia ei kuitenkaan voi vielä arvioida.

Lasten ja nuorten palvelujen toteuttaminen arkiympäristössä ei ole edennyt tavoitteiden mukaisesti. Vaikka yleisesti myönnetään, että kodilla, koululla ja päiväkodilla on suuri vaikutus mielenterveyden rakentumisessa ja näihin arkisiin elinympäristöihin on kehitetty interventioita (esimerkiksi Voimaperheet), ei näiden interventioiden käyttöönotto ole ollut kovin yleistä.

Ehdotus 11. Työterveyshuollon rooli työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmissa

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyä ja varhaista häiriöihin puuttumista edistetään työterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksella ja kehittämällä Kelan korvauskäytäntöjä. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten työssä jatkamista ja työhön paluuta edistetään vahvistamalla työterveyshuollon koordinaatiroolia työpaikan, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä.



Mielenterveys- ja päihdealueen täydennyskoulutuksen sisällön kehittämistä on jatkettu masennusperusteisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähdänneen Masto-hankkeen (2008–2011) ehdotusten ja päihdetyön koulutuksen minimisuositusten mukaisesti. Työterveyslaitos on kehittänyt työmenetelmiä alkoholihaittojen ehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen. Osatyökykyisten työssä jatkamista ja työhön paluuta on edistetty vahvistamalla työterveyshuollon koordinaatiroolia työkyvyn tukemisessa työpaikan, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen välillä. Uusia käytäntöjä on viety työterveyshuollon kentälle osana Työterveyslaitoksen järjestämää pätevoittävää ja täydennyskoulutusta.

Lainsäädännön muutoksilla ja Kelan korvauskäytäntöjä kehittämällä on tehostettu työkyvyn ja työhön paluun tukemista (muun muassa muutoksia ehkäisevän työterveyshuollon korvauksiin, työkyvyn arviointi pitkittyvissä työkyvyttömyystapauksissa, osasairauspäivärahaetuuden kehittäminen). Vuosina 2007–2014 masennusperusteisten sairauspäiväraha-kausien ja uusien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä työeläkejärjestelmässä on vähentynyt.

Ehdotus 12. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työllistymisedellytykset

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työttömien työkykyä uhkaaviin tekijöihin puututaan ajoissa muun muassa työttömien terveystarkastustoimintaa ja kuntouttavaa työtoimintaa kehittämällä. Työelämään pyrkivien työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevien mielenterveyskuntoutujien työllistymisedellytyksiä parannetaan.



Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistymisedellytysten parantamiseen on kohdistunut useita toimenpiteitä. Esimerkiksi Kelan ammatillisen kuntoutuksen myöntökriteereitä on lievennetty ja lääkinnällisen kuntoutuksen vammaisetsuuskryt- kös on poistettu, eläkepäätöstä tehtäessä edellytetään henkilön kuntoutumisedelly- tysten selvittämistä, sekä palkan ja sosiaaliturvan yhteensovittamista on helpotettu. Lisäksi laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta (916/2012) on uudistettu siten, ettei henkilön saama etuus enää määrittele oikeutta työvoimapalveluihin. Laki työl- listymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta (1369/2014) tuli voimaan 1.1.2015. Työttömien terveystarkastukset ovat kattavasti käytössä koko maassa. Myös Kelan uudistuvat ammatillisen kuntoutuksen palvelut, kuten työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus sekä TE-hallinnon työhönvalmennuksen tuotteistamisen käynnistyminen parantavat kohderyhmän palveluja. Kuntouttavaa työtoimintaa on kehitetty laajasti ja palvelussa tuetaan merkittävässä määrin myös päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kuntoutumista ja työhön paluuta. Uudessa sosiaalihuoltolaissa on säädetty ensimmäistä kertaa sosiaalisesta kuntoutuk- sesta ja sen sisällöstä. Nuorisotakuu sekä etsivä nuorisotyö ja siihen liittyen muun muassa Vamos-toiminnan sekä nuorten työpajatoiminnan kehittäminen on parantanut kaikkein hei- koimmassa asemassa olevien nuorten tavoittamista ja heidän tukemistaan koulutukseen tai työelämään.

Joillakin osa-alueilla ei kuitenkaan ole edetty, kuten eläkkeellä olevien vaikeista mielenter- veydenhäiriöistä kärsivien työhön paluun tukeminen tai tuetun työllistymisen toimintamallin mukaisen työhönvalmennuksen vakiintuminen. Huolimatta Osatyökykyisille työtä -hankkeesta ja siinä toteutetusta mittavasta koulutuspanoksesta merkittäviä puutteita on edelleen työnteki- jöiden osaamisessa työllistymiseen ja työhön paluuseen liittyvissä asioissa. Ohjausryhmän toiminnan loppuvaiheessa yleinen heikentynyt talous- ja työllisyystilanne vaikeuttaa myös

osatyökykyisten mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistymis- ja työhön paluun mahdollisuuksia.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistymisedellytyksiä parantavien toimenpiteiden toteutumisesta ja vaikutuksista tarvitaan laaja-alaista yhteiskuntatieteellistä tutkimusta, jossa voidaan huomioida samanaikaisten muiden yhteiskunnallisten muutosten vaikutukset.

Ehdotus 13. Ikääntyvän väestön mielenterveys- ja päihdepalvelut

Ikääntyvien mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja niiden hoitoa varhennetaan ja tehostetaan muun muassa kehittämällä ikääntyville sopivia hoitomuotoja.



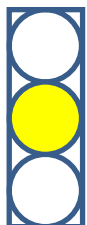
Vanhuspalvelulain (980/2012) tavoitteena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Ikääntyvän väestön mielenterveys- ja päihdeongelmiin on kiinnitetty valtakunnallisesti huomiota. Alkoholiohjelma (uusi nimi 1.12.2015 alkaen Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma) ollut mukana kehittämässä ja tukemassa ikääntyneiden päihdemittarin hyödyntämistä ja meneillään on Vanhustyön keskusliiton Eloisa ikä -ohjelma (2012–2017).

Ikääntyvän väestön mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvä osaaminen on lisääntynyt. Kunnilla ja järjestöillä on ollut yksittäisiä ikääntyviin liittyviä mielenterveys- ja päihdealueen hankkeita. Kunnissa on tunnistettu ikääntyvän väestön mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyviä haasteita ja palvelutarve, mutta yhtenäiset käytännöt puuttuvat. Ikääntyvien mielenterveys- ja päihdepalveluihin on panostettu riittämättömästi, vaikka esimerkiksi päihdeongelmat ovat yleistyneet ikääntyneillä.

Osaamisen kehittäminen on ollut alueellisesti vaihtelevaa. Resurssit ovat menneet palvelurakenteen muutokseen, jolloin erityisryhmien tarpeita ei ole kyetty riittävästi huomioimaan.

Ehdotus 14. Mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittäminen

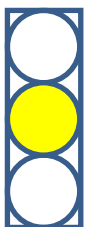
Sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön yhteinen työryhmä määrittelee mielenterveyshäiriöiden opetuksen minimisisällöt. Ne sisällytetään päihdetyön opetuksen minimisisältöjen kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla peruskoulutuksen opetusohjelmiin.



Mielenterveyshäiriöiden opetuksen osaamissuosituksia ei ole määritelty eikä päihdetyön osaamissuosituksia ole päivitetty. Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveydenhuollon alojen koulutusten sisällöissä on vaihtelua. Ammatillisten perustutkintojen ja ammattikorkeakoulujen koulutuksen koulutussisältöjä on tarkistettu. Mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen kannalta työpaikan täydennyskoulutuksen merkitys on suuri.

Ehdotus 15. Mielenterveys- ja päihdetyön suositukset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kokoaa mielenterveys- ja päihdetyön suositukset yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tietokantaan ja huolehtii keskeisimpien suositusten päivittämisestä ja toteutumisen seurannasta. Toteutetaan hyvien käytäntöjen toimeenpanoa tukeva ohjelma.



Käypä hoito -suositukset kattavat kohtuullisen hyvin keskeiset päihde- ja mielenterveyshäiriöt. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen laatusuosituksia ei ole päivitetty.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on ylläpitänyt mielenterveys- ja päihdesuunnitelman verkkoportaalilla ja on kehittänyt Innokylä-palvelua. Mielenterveystalossa on kehitetty ammatillisille tarkoitettua palvelua heidän osaamisensa vahvistamiseksi.

On epäselvää, miten hyvin suosituksia käytännössä noudatetaan ja miten ne ohjaavat toimintaa. Todellisesta vaikuttavuudesta on vähän tietoa.

Ehdotus 16. Mielenterveys- ja päihdetyön koordinointi

Kaikkien hallinnon alojen kuntatasolta valtakunnan tasolle saakka on otettava huomioon toimintansa ja päätöksensä vaikutus kansalaisten mielenterveyteen ja päihdeiden käyttöön. Valtakunnallisella tasolla päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunta laajennetaan mielenterveys- ja päihdeasiain neuvottelukunnaksi. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen kansallinen koordinaatio keskitetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen. Terveyden edistämisen keskuksen ylläpitämä ehkäisevän päihdetyön foorumi laajennetaan ehkäisevän päihde- ja mielenterveyshäiriöiden foorumiksi.



Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen valtavirtaistumista kuvaa erityisesti se, että mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteista lähes kaikki oli kirjattuna hallitusohjelmaan hallituskaudella 2011–2015. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on sisällytetty valtakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon Kaste-ohjelmaan. Ehdotuksia on hyödynnetty kunnissa ja valtakunnallisella tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelussa, mutta myös muilla hallinnonaloilla, kuten asumis- ja työelämän kysymyksissä. Muilla hallinnonaloilla edistyminen on kuitenkin heikompaa kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Ehdotus 17. Mielenterveys- ja päihdetyön resurssien vahvistaminen

Lisätään sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määrää perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi. Tämän lisäksi kohdennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan suunnattuja valtionavustuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen. Tehostetaan muiden palvelujärjestelmän kehittämistyöhön käytettävien rahoitusmahdollisuuksien käyttöä kokoamalla niitä koskevat tiedot keskitetyksi.



Alkuperäisiä ehdotuksia ei ollut mahdollista viedä valtionhallinnossa ehdotetussa muodossa eteenpäin, minkä vuoksi liikennevalomuodossa olevaa arviointia ei esitetä. Sen sijaan alla arvioidaan yleisesti mielenterveys- ja päihdetyön resurssikehitystä.

Mielenterveys- ja päihdetyötä kehitettiin kaikilla Kaste-alueilla toteutetuissa laajoissa kehittämishankkeissa. Tutkimuksen ja kehittämistyön mahdollisuudet ovat vähentyneet mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kauden edetessä.

Lasten ja nuorten palvelujen osalta neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon resursseja on vahvistettu. Uusia, teknologiaa hyödyntäviä palvelumuotoja on otettu käyttöön, esimerkkinä Mielenterveystalo ja muut internetissä tarjolla olevat itsehoitoa painottavat tai oman tilanteen tunnistamista helpottavat palvelut.

Resurssilisäystä on merkinnyt myös kuntoutuspsykoterapian asetusmuutos, joka parantaa edelleen viime vuosina noin 10 prosentin vuosivauhtia kasvaneen etuuden käyttöä. Psykoterapian saatavuutta tulisi kuitenkin edelleen parantaa sisällyttämällä se kiireettömän hoidon luokitukseen sen kriteereitä uusittaessa.

Psykiatristen palvelujen osuus terveydenhuollon kokonaisresursseista on kuitenkin edelleen alimitoitettu: arviolta vain puolet mielenterveysongelmista kärsivistä ja hoitoa tarvitsevista on hoidon piirissä. Resurssit suuntautuvat myös väärin: mielenterveyssyyt ovat merkittävien työkyvyttömyyseläkkeiden syy, mutta psykiatriseen hoitoon ei suunnata mielenterveysongelmien hoidon edellyttämää osuutta resursseista.

Päihdeongelmien laajuuteen nähden palvelujen tarjonta on riittämätöntä. Arviolta noin kolmannes hoitoa tarvitsevista päihdeongelmaisista on hoidon piirissä. Päihteet ovat kuitenkin työikäisten merkittävin kuolinsyy.

Tulevaisuuden haasteena on siirtyminen nykyisestä sektorikohtaisesta palvelujen käytön tilastoinnista sisällöllisesti merkityksellisempään ja kokonaisvaltaisempaan tilastointiin. Tietoa pitäisi saada esimerkiksi vakavista psykiatrisista sairauksista kärsivien hoidon kattavuudesta. Päihdehoidon tilastointi on edelleen kehittämätöntä.

Ehdotus 18. Mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain päivittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö päivittää mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain, sekä selvittää mahdollisuutta yhdistää mielenterveys- ja päihdehuoltolait.



Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotuksen mukainen mielenterveyslain ja päihdehuoltolain päivitys ei toteutunut. Molempien lakien kokonaisuudistuksen esivalmistelu on alkanut. Raittiustyölaki uudistettiin laiksi ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä ja se tuli voimaan 1.12.2015. Laissa nostetaan esille päihderiippuvuuksien lisäksi myös muut riippuvuudet.

4 OHJAUSRYHMÄN ITSEARVIOINTI SUUNNITELMAN TOTEUTUMISESTA PAINOPISTEALUEITTAIN 2009–2015

Tämä yhteenveto mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotusten toteutumisesta perustuu suunnitelman toimeenpanon ohjausryhmän näkemyksiin. Ohjausryhmä arvioi suunnitelman kunkin neljän painopistealueen tavoitteiden toteutumisen.

4.1 ASIAKKAAN ASEMAN VAHVISTAMINEN

Asiakkaan aseman vahvistamiseksi keskitytään yhdenvertaisuuteen, matalan kynnyksen yhden oven periaatteeseen, kokemusasiantuntijoiden asemaan ja vertaistukeen, ulkopuolisen asiantuntija-arvion käyttöön ottoon, itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskeviin säännöksiin ja toimeentuloturvaan.



Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman aikana asiakkaan asemassa on tapahtunut vahvistumista. Sen ilmentymiä ovat esimerkiksi laajentunut ja osin vakiintunut kokemusasiantuntijatoiminta sekä psykiatrisen hoitotahdon lisääntynyt käyttö. Psykiatrista tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoitteiden käyttöä hoidon aikana on vähennetty. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on osana kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamista koordinoanut valtakunnallista pakon käytön vähentämisen ohjelmaa. Potilaan oikeusturvaa on vahvistettu mielenterveyslain muutoksilla.

Alueellisesti on kehitetty palvelujärjestelmää vastaamaan aikaisempaa paremmin mielenterveyden häiriöitä sairastavien tarpeita. Päihdeongelmaisten hoitoonpääsyä on pyritty edistämään sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain muutoksilla. Muutoksilla korostetaan potilaan tarpeisiin parhaiten vastaavia ja hänen etunsa mukaisia palveluita ja hoitoa. Terveydenhuoltolain mukaisia, hoitotakuuta koskevia säännöksiä on sovellettava terveydenhuollossa, vaikka terveydenhuoltoa toteutettaisiin sosiaalihuollon yksikössä tai sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa. Kuitenkin kehittämistyön kunta- ja sairaanhoitopiiri-kohtaisuudesta johtuen maan eri osissa on hoidon järjestämisessä ja tahdosta riippumattoman hoidon käyttämisessä suuriakin eroja.

Mielenterveyteen liittyvään työkyvyttömyyteen ja yksilön toimeentuloturvaan on kohdistettu aktiivisia hallinnollisia ja lainsäädännöllisiä toimia, joiden tavoitteena on kohentaa mielen- terveys- ja päihdeongelmaisten osallisuutta ja yhdenvertaisuutta muiden ihmisten kanssa.

4.2 EDISTÄVÄ JA EHKÄISEVÄ TYÖ

Mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämisessä ja mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyssä painotetaan alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämistä, yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämistä, sekä ylisukupolvisesti siirtyvien ongelmien tunnistamista ja vähentämistä. Lisäksi edistävän ja ehkäisevän työn strategian tulee sisältyä kuntastrategiaan ja toteutua laaja-alaisesti palvelujärjestelmässä.



Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toinen painopistealue kattaa edistävän ja ehkäisevän työn niin yksilö- kuin järjestelmätasolla. Siihen sisältyivät aluksi alkoholi- liverotus, hyvinvointia tukevien yhteisöjen ja kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien lisääminen sekä sukupolvesta toiseen siirtyvien ongelmien tunnistaminen ja ehkäiseminen. Vuoden 2012 väliarvion yhteydessä edistävää ja ehkäisevää työtä haluttiin painottaa enemmän ja toimenpiteisiin lisättiin ehkäisevä päihdetyö, lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy sekä itsemurhien ehkäisy.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kauden päättyessä tietoisuus edistävän ja ehkäisevän työn tärkeydestä on kasvanut, ja edistävän ja ehkäisevän työn rooli on vahvistunut. Kuntien yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdestrategioiden arvioidaan luoneen pohjaa myös edistävälle ja ehkäisevälle työlle ja hallinnonalojen rajat ylittävälle kehittämiselle. Ehkäisevän työn menetelmiä on kehitetty. Neuvola-asetuksella on tehostettu neuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä. Käytännössä toteutetusta edistävästä ja ehkäisevästä työstä ei kuitenkaan ole saatavissa kattavaa kokonaiskuvaa.

4.3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä painotetaan kunnan vastuuta monipuolisen palvelukokonaisuuden koordinoinnista, perus- ja avopalvelujen tehostamista ja eri ikäryhmien tarpeiden huomioon ottamista.



Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmisteluvaiheessa mielenterveys- ja päihdepalveluja koskeneessa keskustelussa oli selvää sosiaalihuollon ja terveydenhuollon viitekehysten vastakkainasettelua. Mielenterveys- ja päihdetyön yhteisen kehittämisen edetessä vastakkainasettelu on vähentynyt ja palvelujen integraatio on yleisesti hyväksytty toimintatapa. Sen toteuttaminen vaihtelee käytännössä, ja eri alueilla on tehty erilaisia hallinnollisia ja toiminnallisia ratkaisuja. Käytännössä mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio toimii vaihtelevasti. Erityisesti päihdepalvelujen järjestämistapa vaihtelee ja palvelut ovat pirstaloituneita. Pelkkä hallinnollinen integraatio ei riitä toimintatapojen muuttamiseksi. Jos palvelujen integraatiota ei ole suunniteltu niitä käyttävän henkilön näkökulmasta, jää integroiminen käytännön tasolla asiakkaan omaksi tehtäväksi.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio on voinut samalla eriyttää palveluja muista palveluista. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten somaattisen terveydentilan tarpeet voivat jäädä huomiotta palvelujen erillisyyden vuoksi.

Sähköisten palvelujen kehittäminen on parantanut palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta.

4.4 OHJAUSKEINOJEN KEHITTÄMINEN

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen ohjauskeinona painotetaan koulutuksen kehittämistä, mielenterveys- ja päihdetyön erilaisten suositusten kokoamista, päivittämistä sekä niiden soveltamisen seurantaa, mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisen koordinaation selkiyttämistä, mielenterveys- ja päihdetyöhön suunnattavien resurssien vahvistamista sekä mielen- terveys- ja päihdetyötä koskevan lainsäädännön kehittämistä.



Neljännän painopistealueen kokonaisuudesta mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä ei antanut liikennevaloarviota. Ohjausryhmä katsoi, että mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinojen kehittämiseen ei ole ollut edellytyksiä erillisenä toimenpiteenä ennen koko sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmän kehittämistä.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen ohjausta ovat kuitenkin edistäneet esimerkiksi lisääntyneet Käypä hoito -suositukset sekä ohjaamisen tueksi hyödynnettävissä oleva mittaamisen ja arvioinnin vertailutieto, kuten Perfect-hankkeessa kehitetty skitsofrenian sairastavuuden seurantamalli tai ICF-toimintakykyluokitus.

5 POHDINTA

Mielenterveys- ja päihdetyötä tehdään toimintaympäristössä, joka on muuttunut ja edelleen muuttumassa. Uusia vaatimuksia asettavat erityisesti taloudellinen tilanne ja julkisen talouden säästötavoitteet. Tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen ja muita alueellisia tehtäviä siirtyy maakunnille vuoden 2019 alusta lähtien. Sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetään kaikilla tasoilla ja peruspalveluja vahvistetaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavainen rahoitus yksinkertaistetaan ja lisätään ihmisten valinnanvapautta palveluissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselle on asetettu tavoite hillitä kustannusten nousupainetta 3 miljardia euroa vuoteen 2029 mennessä.

Mielenterveys- ja päihdeongelmaiset kuuluvat niihin ryhmiin, jotka tarvitsevat erityisen paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja iäkkäiden, lastensuojelun asiakkaiden, vammaispalvelujen asiakkaiden ja pitkäaikaissairauksia sairastavien ohella. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiota tarvitaan erityisesti näiden ryhmien palvelujen yhteensovittamiseen. Palvelurakenteen uudistaminen antaa mahdollisuuden suunnitella koko palvelurakennetta ja palvelujen määrää ja valikoimaa uudella tavalla väestön tarpeisiin vastaamiseksi.

5.1 ASIAKKAAN ASEMAN VAHVISTAMINEN

Perusoikeudet, kuten yhdenvertaisuus, oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, liikkumisvapaus sekä oikeus sosiaaliturvaan ja välttämättömään huolenpitoon, toteutuvat vain hyvin toimivassa palvelujärjestelmässä.

Tahdosta riippumattoman hoidon tarvetta ei ole mahdollista vähentää ainoastaan sairaaloiden toimintaa kehittämällä. Siihen tarvitaan palvelurakennetta, jossa riittävät ja tarpeenmukaiset palvelut ovat helposti saavutettavia, ammattitaitoisia ja saatavilla käyttäjien tarpeiden mukaan. Mielenterveys- ja päihdehäiriöitä sairastavien luottamusta ja sitoutumista hoitoon on mahdollista parantaa vähentämällä sairauteen ja hoitoon liittyvää leimautumista ja syrjintää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen osana suunniteltu asiakkaan aseman yleiseen vahvistamiseen liittyvä valinnanvapaus ei välttämättä hyödytä mielenterveys- ja päihdeongelmaisia. Valinnanvapaus koskee herkästi pikemminkin yksittäisiä palveluja kuin palvelujen käyttäjän tarvitsemia yksilöllisiä palvelujen kokonaisuuksia. Jos henkilöllä ei ole voimavaroja tai kykyä valintaan, valinta voi olla hyvin sattumanvaraista. Uudessa palvelurakenteessa saatetaan tarvita uudenlaista tuettua päätöksentekomallia. Eriarvoisuuden lisääntymisen estämiseksi voidaan tarvita myös positiivista diskriminaatiota eli erityistoimia tukemaan niitä ryhmiä, jotka jäisivät muuten eriarvoiseen asemaan.

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoitoa, kuntoutumista ja työhön paluuta edistäviä toimeentulon muotoja on kehitetty, mutta ei ole käytettävissä tietoa siitä, miten nämä ovat hyödyttäneet heitä. Vuodesta 2016 lukien toteutetaan säästöjä sairausvakuutuksen lääke-, sairaanhoito- ja matkakorvausmenoissa. Toimeentulon heikkeneminen voi vaikuttaa paitsi hoidon ja kuntoutuksen toteutumiseen, myös aktiivisen osallistumisen mahdollisuuksiin, joten aktiiviset yhdenvertaisuutta tukevat toimenpiteet ovat tarpeen.

Mielenterveyden häiriöt ja päihdehaitat ovat yliedustettuja alimmissa sosiaaliryhmissä. Naiset hakeutuvat palveluihin suhteessa enemmän kuin miehet, ja vakavat haitat ja itsemurhat kasautuvat miehille. Palvelujärjestelmän pitäisi osaltaan pystyä vähentämään eri väestöryhmien välisiä hyvinvointi- ja terveyseroja. Esimerkiksi helppoja palveluihin pääsyn tapoja ja etsivän sosiaalityön keinoja voisi hyödyntää nykyistä enemmän niiden tavoittamiseen, jotka herkimmin jäävät palvelujen ulkopuolelle.

Monet mielenterveysongelmia sairastavat ihmiset eivät halua sitoutua mielenterveyspalveluihin tai ylläpitää niihin yhteyttä leimautumisen ja syrjinnän vuoksi. Myös negatiiviset hoitokokemukset voivat osaltaan estää hoitoon sitoutumista. WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma suosittelee, että mielenterveyspalveluja olisi toteutettava tavoilla, joiden avulla kasvatetaan luottamusta hoidon turvallisuuteen ja vaikuttavuuteen. Palvelujen rakennuudistuksissa on kiinnitettävä huomiota laatuun sekä turvallisen, vaikuttavan ja hyväksyttävän hoidon varmistamiseen ammattitaitoisen henkilöstön toteuttamana. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten syrjinnän ja syrjäytymisen ehkäisy edellyttää määrällisesti ja laadullisesti riittäviä palveluja, täydennyskoulutusta, yhteistyötä ja myös laajempaa stigman vastaista toimintaa.

5.2 EDISTÄVÄ JA EHKÄISEVÄ TYÖ

Mielenterveyden vahvistaminen on nähtävä voimavarana, joka auttaa löytämään ratkaisuja elämän kriisitilanteissa ja vastoinikäymisissä ja vähentää mielenterveyden häiriöiden sairaus- taakkaa. Mielenterveyden edistämisen käsitettä ja sisältöä olisi selkiytettävä, jotta sen merkitys väestön terveydelle ja hyvinvoinnille tulisi ymmärretyksi myös muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Mielenterveyteen vaikutetaan monilla muilla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteillä. Mielenterveys kaikissa politiikoissa (Mental Health in All Policies – MHiAP) on lähestymistapa, jolla pyritään edistämään mielenterveyttä ja hyvinvointia väestötasolla tukemalla muiden kuin sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalojen mielenterveyden taustatekijöihin vaikuttavia toimenpiteitä. Mielenterveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa painottaa muun muassa lasten terveen kasvun ja kehityksen tukemista varhaiskasvatuksessa, kouluissa ja perhepoliittisin keinoin, työhyvinvoinnin tukemista, mahdollisuuksia liikuntaan, virkistys-, harrastus- ja sosiaaliseen toimintaan sekä ympäristön turvallisuutta mielenterveyttä vahvistavina toimintatapoina. Tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa kuntien tehtäväksi jää edelleen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Myös muille järjestämistasoille jää edistävän ja ehkäisevän työn tehtäviä. Tehtäviä, joita nyt hoidetaan kuntien sisällä poikkihallinnollisesti, jakautuu kuntien vastuulle ja palvelujen järjestämisestä vastaavien alueiden vastuulle. Syntyy uusia rajapintoja, joista huolimatta olisi varmistettava edistävän ja ehkäisevän työn toteutuminen. Kansalaisjärjestöillä on merkittävä rooli mielenterveyttä edistävässä työssä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksessa on pohdittava myös järjestöjen mahdollisuudet toimia julkisen sektorin tärkeänä kumppanina.

Itsemurhakuolleisuus on vähentynyt Suomessa jo vuosien ajan. Kansallinen itsemurhien ehkäisyprojekti vuosina 1986–1996 tehosti erityisesti masennuksen hoitoa. Itsemurhakuolleisuus on Suomessa kuitenkin edelleen noin puolitoistakertainen EU-maiden keskiarvoon verrattuna. Itsemurhien ehkäisyä olisi tehostettavissa esimerkiksi vähentämällä päihteiden käyttöä, kehittämällä palveluja ja niiden osana itsemurhaa yrittäneiden hoitoa, lisäämällä mielenterveyttä vahvistavaa edistävää työtä ja maltillisella median uutisointitavalla itsemurhista. Terveydenhuollon työntekijöitä ja eri alojen asiakastyötä tekeville on tärkeää turvata riittävät valmiudet tunnistaa itsemurhavaara tai itsemurhayritys sekä työskennellä itsemurhavaarassa olevien henkilöiden kanssa ja ohjata heitä tarvittavan tuen piiriin. Terveydenhuollossa tarvitaan myös konsultatiivista työotetta erityistasolta perustasolle. Yhteistyöllä median kanssa voidaan sopia sitoutumisesta kansainvälisiin suosituksiin itsemurhien uutisoinnissa. Kansalaisten mielenterveystaitoja ja valmiutta ottaa itsemurhavaara puheeksi voidaan vahvistaa erilaisin menetelmin. Aseiden ja muiden välineiden rajoittaminen on tutkitusti tehokas keino ehkäistä itsemurhia. Lisäksi tarvitaan kynnyksetöntä ja välitöntä apua.

Ehkäisevän työn menetelmistä on käytettävissä tietoa, mutta menetelmiä hyödynnetään vaihtelevasti. Yksilö- ja yhteisötason ehkäisevään päihdetyöhön on käytettävissä tehokkaita menetelmiä, samoin sukupolvesta toiseen siirtyvien mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyyn. Varsinkin lasten ja nuorten mielenterveysinterventioiden rahallisesti mitattavat hyödyt on osoitettu. Ne liittyvät pääasiassa myöhempiin sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun julkisen sektorin kustannuksiin sekä parempaan koulutustasoon ja tuottavuuteen työelämässä. Ehkäisevän työn interventioiden osaamisen ylläpito soveltuu parhaiten kuntaa suurempien järjestäjien vastuulle, vaikka varsinkin lapsiin ja nuoriin kohdistuvia interventioita toteutetaan heidän arjisessa elämänpiirissään, kuten varhaiskasvatuksessa ja kouluissa.

Sähköisten palvelujen lisääntyessä omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista siirretään enenevässä määrin yksilön vastuulle. Samalla tulisi huolehtia edistävästä ja ehkäisevästä työstä niille, joilla ei ole halua tai mahdollisuutta käyttää sähköisiä palveluja.

Globaalit muutokset, kuten ideologisen vastakkainasettelun lisääntyminen ja ilmaston ääri-ilmiöt ovat lisänneet yleistä epävarmuutta. Epävarmuuden ja turvallisuusriskien kasvuun liittyvät myös koventuneet asenteet ja keskustelukulttuuri, jossa toisten avun tarvetta, ihmisarvoa ja ihmisoikeuksia väheksyvät puheenvuorot ovat lisääntyneet. Internetin verkkokeskusteluissa kommunikoinnin nopeus ja kasvottomuus muuttavat ihmisten välisen vuorovaikutuksen sävyä. Edistävän ja ehkäisevän työn on pystyttävä vastaamaan näihin uusiin ilmiöihin.

Genomitiedon strategialla on terveydenhuollon näkökulmasta tärkeä rooli. Genomitiedon strategialla pyritään valmistautumaan genomitiedon hyödyntämiseen tehokkaasti ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi turvaten kuitenkin samalla yksilön oikeusturva ja

oikeudenmukainen kohtelu. Genomitieto on keskeinen osa henkilökohtaisen lääketieteen kehitystä ja mahdollistaa ehkäisyn ja hoidon yksilöllistämisen uudella tavalla.

5.3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarjoaminen asiakaslähtöisesti, kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti edellyttää tulevassa palvelurakenteessa juuri näiden ryhmien tarpeisiin sopivia ratkaisuja. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluissa tarvitaan monimuotoisia palveluja ja moniammatillista henkilöstöä. Vakavia mielenterveyden häiriöitä ja päihdehäiriöitä sairastavien ihmisten somaattista hoitoa on tarpeen tehostaa heidän noin 20 vuotta muuta väestöä lyhyemmän elinikensä vuoksi. Palvelujen järjestämisen periaatteissa olisi kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että kuntoutuksen piiriin saadaan haavoittuvimpia ja aliresursoituja ryhmiä. Rikoksiin syyllistyneiden palveluihin on tärkeä kiinnittää huomiota myös osana toimivaa uusintarikollisuuden ehkäisyä. Miehet käyttävät varsinkin mielenterveyspalveluja suhteessa vähemmän kuin naiset. Olisi löydettävä keinoja miesten tavoittamiseksi palvelujen piiriin. Esimerkiksi etsivä sosiaalityö voisi tavoittaa henkilöistä, jotka muuten jäävät palvelujen ulkopuolelle.

Kuntien ja tulevien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista vastaavien maakuntien välille muodostuvan uuden rajapinnan vuoksi niiden välistä työnjakoa on tarpeen selkiyttää. Maakuntien ja kuntien välille jää viranomaisyhteistyön muotoja, kuten esimerkiksi asumiseen, kouluun, opintoihin tai työllistymiseen liittyvää yhteistyötä. Asumispalveluista tulee eräs yhteisellä kuntien ja maakuntien rajapinnalla oleva palvelu. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujille tarkoitettujen palvelujen lisäksi mielenterveys- ja päihdeongelmaisten erityistarpeita on voitava tunnistaa ja huomioida myös esimerkiksi vammaisille, kehitysvammaisille tai iäkkäille tarkoitetuissa asumispalveluissa. Palvelujen kilpailuttaminen on myös luonut uusia rajapintoja palvelujen tarjontaan, mikä vaikuttaa kokonaisvaltaisten ja kuntouttavien palvelujen toteuttamiseen.

Turvapaikanhakijoiden nopeasti lisääntynyt määrä tarkoittaa kotouttamiseen liittyvän työn määrän lisääntymistä erityisesti kunnissa. Se heijastuu myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeeseen, ja erityisesti tarvitaan asiakkaiden kieli- ja kulttuuritaustaan liittyvää osaamista mielenterveys- ja päihdetyöhön.

5.4 OHJAUSKEINOJEN KEHITTÄMINEN

Mielenterveys- ja päihdepalveluja ei ole tarjolla väestössä olevan tarpeen mukaisesti. Tietopohjaa tulee kehittää niin, että palvelujen todellista tarvetta voitaisiin paremmin arvioida niiden käytön sijaan. Lähtökohdaksi tarvitaan epidemiologista tietoa eri häiriöiden esiintyvyydestä väestössä ja alueellisesti. Tieto kustannuksista, laadusta ja tuloksista mahdollistaa palvelujen sisällöllistä ohjausta. Pelkkä tieto interventtioiden vaikuttavuudesta ei riitä, vaan tarvitaan myös taitojen kehittämistä koulutuksen ja työnohjauksen avulla interventtioiden toteuttamiseksi sekä johdon tukemaa muutosta toimintamallien ottamiseksi käyttöön ja toimintakäytäntöjen muuttamiseksi. Palvelujen kilpailuttamisessa tulisi huomioida asiakkaan asema palveluissa sekä palvelun jatkuvuus, laatu ja riittävä henkilöstön osaamisen varmistaminen täydennyskoulutuksen avulla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistuksen valmisteluorganisaatio valmistelee ehdotukset tulevien maakuntien rahoitus- ja ohjausmalleiksi ja kehittämisrakenteiksi. Tulevassa ohjausjärjestelmässä tulisi voida ottaa huomioon myös mielenterveys- ja päihdetyön erityiskysymyksiä. Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa on, toisin kuin somaattisten sairauksien hoidossa, runsaasti tyydyttymätöntä palveluntarvetta. Palvelujen parantamisen on arvioitu voivan tuottaa merkittäviä sosiaalisia ja taloudellisia hyötyjä yhteiskunnalle. Varsinkin lapsiin ja nuoriin kohdistetut interventiot tuovat suoria säästöjä lyhyellä ja etenkin pitkällä aikavälillä myös sosiaali- ja terveyspalveluille. Toinen mielenterveys- ja päihdetyön ohjauksen kannalta merkittävä kysymys on maakuntien ja kuntien välinen viranomaisyhteistyö tulevissa rakenteissa.

6 EHDOTUKSET MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN KEHITTÄMISEN PAINOPISTEIKSI VUOTEEN 2020

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä on ottanut ehdotuksissaan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2020 huomioon tekemänsä sisäisen arvioinnin lisäksi ulkoisen arvioinnin (liite) suositukset ja WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman. Ulkoisessa arvioinnissa päädyttiin samansuuntaisiin ehdotuksiin kuin ohjausryhmän itsearvioinnissa. Lisäksi ulkoisessa arvioinnissa korostettiin mielenterveys- ja päihdetyön keskeistä asemaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä sekä riittäviä resursseja.

Tehokkaiksi osoitettuihin menetelmiin perustuvan mielenterveys- ja päihdehoidon ja ehkäisevän työn on osoitettu tuottavan rahallisesti mitattavia hyötyjä julkiselle sektorille ja koko yhteiskunnalle. Varsinkin lasten ja nuorten hyvät palvelut vähentävät merkittäväällä tavalla myöhempiä sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun julkisen sektorin kustannuksia. Valtaosa pitkäaikaisista mielenterveyden häiriöistä alkaa myöhäisnuoruuteen mennessä, ja niiden ehkäiseminen tai saaminen tehokkaan hoidon piiriin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on kannattavaa. Hyötyjä tulee palvelujen kustannusten vähenemisen lisäksi opinnoista suoriutumisen ja työelämän tuottavuuden kautta.

Ohjausryhmä ehdottaa mielenterveys- ja päihdetyölle seuraavia painopisteitä vuoteen 2020 saakka.

Asiakkaan aseman vahvistaminen:

- Palveluja kehitetään monipuolisiksi, saavutettaviksi ja saatavuudeltaan riittäviksi. Sähköisiä palveluja hyödynnetään varsinkin ehkäisevissä ja varhaisen vaiheen palveluissa ja pitkien välimatkojen alueilla. Tarvetta sairaalahoitoon ja tahdosta riippumattomaan hoitoon vähennetään kehittämällä monimuotoista avohoitoa, avo- ja laitoshoidon väliin sijoitettavia palveluja ja asumispalveluja.
- Palvelujen käyttäjien valinnanvapauden lisääntyessä otetaan käyttöön yhdenvertaisuutta lisääviä keinoja niiden henkilöiden tueksi, joiden oma kyky, halu tai mahdollisuus valita on heikko.
- Kokemusasiantuntijuus ja omaisten ja läheisten huomioonottaminen otetaan pysyväksi käytännöksi palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.
- Kuntoutumista tukevia ja työhön pääsyä tukevia toimenpiteitä otetaan käyttöön. Lisätään kuntoutukseen hakeutumisen kannustavuutta muun muassa sosiaaliturvaa uudistamalla.

Mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä edistävä ja ongelmia ehkäisevä työ:

- Edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä toteutetaan eri hallinnonaloilla. Siihen tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien ja kuntien yhteistyötä, samoin kuntien poikkihallinnollista strategista suunnittelua ja poikkihallinnollista yhteistyötä ministeriöiden välillä.
- Mielenterveyttä vahvistavaa ja ongelmia ehkäisevää työtä lisätään. Monenlaiset poliittiset, taloudelliset ja luonnonilmiöt maailmassa ja Suomessa ja niistä seurannut lisääntynyt epävarmuus korostavat tarvetta ehkäisevälle ja mielenterveyttä vahvistavalle työlle.
- Jatketaan itsemurhien ehkäisyä, keskeisinä keinoina päihteiden käytön vähentäminen, avun ja hoidon tehostaminen, ihmisten mielenterveystaitojen vahvistaminen, sopiminen median kanssa sitoutumisesta kansainvälisiin suosituksiin itsemurhien uutisoinnissa ja itsemurhaan soveltuvien välineiden rajoittaminen.
- Peruspalveluissa otetaan kattavasti käyttöön vaikuttavat edistävän työn, ehkäisyn sekä varhaisen tunnistamisen ja hoidon menetelmät.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen:

- Palvelut järjestetään mielenterveys- ja päihdeongelmaisten erityisten tarpeiden mukaisesti. Erityisesti huomioon otettavia näkökohtia ovat haavoittuvimpien ryhmien palvelut, somaattisen hoidon integroiminen mielenterveys- ja päihdetyöhön, eri hallinnonalojen yhteistyö, asiakkaiden kieli- ja kulttuuritaustan huomioon ottavien palvelujen kehittäminen ja asumispalvelujen kehittäminen.
- Kilpailutuksissa otetaan huomioon asiakkaan asema palveluissa sekä palvelun jatkuvuus ja laatu.

Ohjauskeinojen kehittäminen:

- Kehitetään tietopohjaa ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittävydestä ja laadusta. Siihen kuuluu tieto päihteiden käytön yleisyydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä, mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyydestä ja kustannuksista sekä palvelujen kustannuksista, laadusta ja tuloksista.
- Tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa otetaan huomioon mielenterveys- ja päihdetyön erityiskysymykset, kuten palvelujen tarvelähtöinen tarjonta ja maakuntien ja kuntien yhteistyö.

7 LOPPU SANAT

Kari Paaso ja Liisa-Maria Voipio-Pulkki

Käsillä oleva loppuraportti on pitkän, suunnitelmallisen ja asialleen omistautuneen työn tulos. Suunnitelman taustalla oli 106 kansanedustajan jo vuonna 2004 allekirjoittama toimenpidealoite kansallisen mielenterveysohjelman laatimisesta. Itse Mieli 2009 -suunnitelmaa alettiin valmistella alkuvuodesta 2007. Kun työ valmistui vuonna 2009, Mieli-suunnitelmaa ei perinteisen informaatio-ohjauskäytännön mukaisesti vain lähetetty toimijoille postissa vaan sen toimeenpanoa alettiin aktiivisesti edistää ja seurata. Kaikilla tähän työhön osallistuneilla oli alusta lähtien vahva ja vakaa halu saada mielenterveyteen ja päihdeongelmiin liittyvien asioiden hoito paremmalle mallille maassamme. Uskomme tässä ainakin osittain onnistuneemme. Ohjausryhmän loppuraportti, sen liitteenä oleva ulkoisen arvioinnin raportti ja THL:n työpaperi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? (20/2015) antavat kattavan kokonaiskuvan siitä, mitä on saavutettu ja opittu ja mihin seuraavat tavoitteet olisi syytä asettaa.

Loppuraportti on kokonaisuus, joten joidenkin yksittäisten toimien nostaminen esiin on vaikeaa. Tästä huolimatta haluamme korostaa muutamaa näkökulmaa. Kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden tuominen vahvasti mukaan mielenterveys- ja päihdetyöhön herättää positiivista uteliaisuutta myös kansainvälisesti. Somaattisen hoidon integroiminen mielenterveys- ja päihdetyöhön on vienyt eteenpäin yhden oven periaatetta. Avohoitopainotteisuus on vahvistunut, ja sähköisten palvelujen kehittäminen on parantanut palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Pakon käytön tasapainoinen vähentäminen on edistynyt, ja sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteltu uutta lainsäädäntöä tahdosta riippumattomasta hoidosta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturva on parannettu ja osatyökykyisten työssä jatkamisen ja työhön paluun tukea on vahvistettu. Kaikki tämä ei ole Mieli 2009 -suunnitelman toimeenpanon ansiota, mutta muutoksen suunta on ollut linjassa suunnitelman tavoitteiden kanssa. Näkemyksemme on, että asiakkaan ja potilaan asemaa, itsemääräämisoikeutta ja kaikinpuolista osallisuutta vahvistavia toimenpiteitä on myös jatkossa vietävä sitkeästi eteenpäin.

Mieli 2009 -suunnitelma kokosi senhetkiset kansainväliset ja kansalliset mielenterveys- ja päihdetyön sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämissuuntaukset yhdeksi strategiseksi ohjelmaksi. Monet suunnitelman ehdotukset ovat olleet jopa enteellisiä: näkemykset asiakkaan aseman vahvistamisesta, matalan kynnyksen palveluihin pääsystä ja integroitujen palvelukokonaisuuksien tarpeellisuudesta ovat sittemmin nousseet keskeisiksi koko sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa. Julkisella vallalla on jatkossakin erityinen tehtävä haavoittuvimpien väestöryhmien palvelutarpeisiin vastaamisessa. Tulevaisuuteen katsoen on koko väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta erityisen tärkeää onnistua entistä paremmin päihdehaittojen ennalta ehkäisyssä ja mielenterveyden edistämisessä. Vaikuttavat keinot tunnetaan, mutta onko tahtoa ja edellytyksiä niiden käyttöönottoon? Pystymmekö tukemaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden valinnanvapautta ja samalla parantamaan heidän palveluidensa vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta? Miten otamme palveluiden kehittämisessä huomioon nopeasti muuttuvan globaalin toimintaympäristön ja monikulttuurisuuden haasteet? Nämä kysymykset nousevat esille, kun nyt - yli 10 vuotta alkuperäisen aloitteen jälkeen - pohditaan mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyä, palveluiden tehostamista ja lainsäädännön uudistamistarpeita.

Haluamme lopuksi esittää lämpimät ja kunnioittavat kiitoksemme kaikille Mieli 2009 -ohjelman toimeenpanossa mukana olleille asiantuntijoille, kehittäjille ja etulinjan työntekijöille, sekä erityisesti ohjausryhmälle ja sen työvaliokunnalle, jota ilman tämän loppuraportin laatiminen ei olisi ollut mahdollista.

FÖRSLAG TILL PRIORITERINGAR I UTVECKLANDET AV ARBETET FÖR PSYKISK HÄLSA OCH MOT MISSBRUK FRAM TILL 2020

Styrgruppen för genomförandet av planen för främjande av psykisk hälsa och alkohol- och drogarbete har i sina förslag till utvecklandet av arbetet för att främja psykisk hälsa och motverka missbruk fram till 2020 beaktat förutom rekommendationerna från den interna utvärderingen även rekommendationerna från en extern utvärdering och WHO:s handlingsplan för psykisk hälsa i Europa. I den externa utvärderingen kom man fram till liknande förslag som styrgruppen hade kommit fram till vid självutvärderingen. I den externa utvärderingen betonades mentalvårdsarbetets och alkohol- och drogarbetets centrala ställning i social- och hälsovårdens servicesystem samt tillräckliga resurser.

Mental- och missbrukarvård och förebyggande arbete som baserar sig på metoder som visat sig vara effektiva har visat sig ge ekonomiskt stor nytta för den offentliga sektorn och hela samhället. I synnerhet goda tjänster för barn och unga minskar på ett avsevärt sätt senare kostnader för social- och hälsovården och den övriga offentliga sektorn. Merparten av långvariga problem med den mentala hälsan börjar före den senare delen av ungdomsåren, och det lönar sig att förebygga dem eller att ge effektiv vård i ett så tidigt skede som möjligt. Nyttan består inte endast i mindre kostnader för tjänsterna utan även i slutförda studier och produktivitet i arbetslivet.

Styrgruppen föreslår följande prioriteringar i arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk fram till 2020:

Stärkande av klientens ställning:

- Tjänsterna utvecklas så att de blir mångsidiga och tillgängliga och att utbudet av dem är tillräckligt. Elektroniska tjänster utnyttjas i synnerhet i förebyggande tjänster och tjänster i tidig fas och i områden med långa avstånd. Behovet av sjukhusvård och vård oberoende av egen vilja minskas genom att det utvecklas mångsidig öppenvård, tjänster som placerar sig mellan öppenvård och slutenvård samt boendetjänster.
- I och med att valfriheten för dem som använder sig av tjänsterna blir större införs metoder som ökar jämlikheten till stöd för de personer vars egen förmåga, vilja eller möjlighet att välja är svag.
- Erfarenhetsexpertis och beaktande av anhöriga och närstående görs till etablerad praxis i planeringen, genomförandet och utvärderingen av tjänsterna.
- Åtgärder som stöder rehabilitering och sysselsättning införs. Det görs mera sporrande att delta i rehabilitering bl.a. genom en reform av den sociala tryggheten.

Arbete som främjar psykisk hälsa och alkohol- och drogfrihet samt förebygger problem:

- Främjande och förebyggande mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete utförs inom olika förvaltningsområden. Det kräver samarbete mellan kommunerna och de som organiserar social- och hälsovården, liksom även tväradministrativ strategisk planering i kommunerna och tväradministrativt samarbete mellan ministerierna.
- Arbete som stärker den psykiska hälsan och förebygger problem ökas. Många slags politiska och ekonomiska fenomen och naturfenomen i världen och i Finland och den ökade osäkerhet de medfört understryker behovet av förebyggande arbete som stärker den psykiska hälsan.
- Arbetet för att förebygga självmord fortsätter. Centrala metoder i det arbetet är att minska användningen av berusningsmedel, effektivisera hjälpen och vården, stärka människors färdigheter i fråga om den psykiska hälsan, komma överens med medierna om att man för binder sig till de internationella rekommendationerna i fråga om rapportering om självmord och begränsa redskap som kan användas för självmord.
- Inom basservicen tar man genomgripande i bruk verkningsfulla metoder för främjande arbete, förebyggande samt tidig identifiering och vård.

Organiseringen av mental- och missbrukarvården:

- Tjänsterna organiseras i enlighet med de särskilda behov som personer med psykisk ohälsa eller missbruk har. Aspekter som särskilt bör beaktas är tjänsterna för de allra mest sårbara grupperna, integrering av den somatiska vården i mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet, samarbete mellan olika förvaltningsområden, utvecklande av tjänster som tar hänsyn till klienternas språkliga och kulturella bakgrund och utvecklande av boendetjänster.
- Vid konkurrensutsättning beaktas klientens ställning i tjänsterna samt servicens kontinuitet och kvalitet.

Utveckling av styrmedlen:

- Man utvecklar kunskapsgrunden om tillräckligheten av och kvaliteten på det förebyggande mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet och mental- och missbrukarvårdens tjänster. Dit hör kunskap om hur utbredd användningen av berusningsmedel är och de faktorer som inverkar på det, förekomsten av och kostnaderna för psykiska störningar och missbruksproblem samt kostnaderna för, kvaliteten på och resultaten av tjänsterna.
- I den framtida styrningen av social- och hälsovården beaktas specialfrågorna inom arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk, såsom det behovsbaserade utbudet av tjänster och samarbetet mellan landskapen och kommunerna.

PROPOSALS FOR THE DEVELOPMENT OF MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE WORK UNTIL 2020

The steering group for the implementation of the national plan for mental health and substance abuse work has in its proposals for the development of mental health and substance abuse work until 2020 taken into consideration, besides its own internal assessment, the recommendations presented in an external assessment and the European Mental Health Action Plan by WHO. The external assessment contains similar proposals as the steering group's own assessment. Furthermore, the external assessment emphasises the key position of mental health and substance abuse work in the social welfare and health care service system and the importance of sufficient, appropriate resources that meet the needs.

Mental health and substance abuse work and preventive work that are based on verifiably effective methods has been proved to produce financially measurable benefits to the public sector and the entire society. High-quality services provided especially for children and young people significantly reduce the future costs for social welfare and health care services and other costs in the public sector. The majority of long-term mental health disorders begins by late adolescence, and it is profitable to prevent them or start effectively treating them as early as possible. In addition to the apparent benefit of reduced costs for services, the early detection and treatment of problems also helps young people to finish their studies and thus improves the productivity of working life.

The steering group proposes the following priority areas for mental health and substance abuse work for the period until 2020:

Strengthening the status of service users:

- Services will be developed so that they are versatile and easily accessible and there is a sufficient supply of them. E-health will be utilised especially in the preventive and early-stage services and in regions with long distances. The need for hospitalisation and involuntary treatment will be reduced by developing versatile forms of outpatient care, services between outpatient and institutional care, and housing services.
- As the freedom of choice of the service users is increased, measures promoting equality will be introduced in order to support those persons whose own abilities, desire or opportunities to choose are weak.
- The involvement of user experts and the consideration of family and friends will be established as a permanent practice in the planning, implementation and evaluation of services.
- Measures that support rehabilitation and access to employment will be introduced. Self-initiated entry into rehabilitation is encouraged by reforming the social security benefits.

Promotion of mental health and freedom from substance abuse and prevention of problems:

- Promotive and preventive mental health and substance abuse work will be carried out in the various administrative branches. This will require cooperation between the social welfare and health care service providers and municipalities, cross-sectoral strategic planning in the municipalities, and cross-sectoral cooperation between the ministries.
- Work that promotes mental health and prevents problems will be carried out in a larger scale than before. The various political, economic and natural phenomena occurring in the world and in Finland and the consequential increased insecurity highlight the need for measures that promote mental health and prevent problems.
- Prevention of suicides shall be continued, the key measures in that being the reduction of substance abuse, strengthening of individuals' mental health skills, agreements with media to comply with the international recommendations on news coverage of suicide, and restriction of the availability of instruments suitable for committing a suicide.
- Effective methods for promotive and preventive work as well as for early identification and treatment shall be taken into extensive use in the primary services.

Organisation of mental health and substance abuse services:

- Services will be organised so that they correspond to the special needs of persons with mental health and substance abuse problems. Issues to be paid special attention to are services for the most vulnerable groups, integration of somatic treatment into mental health and substance abuse work, cooperation between the different administrative branches, development of services that take the service users' language and cultural background into consideration, and development of housing services.
- In competitive tendering, the status of the service users and the continuity and quality of the service shall be taken into consideration.

Development of steering tools:

- The knowledge base on the sufficiency and quality of the preventive mental health and substance abuse work and the mental health and substance abuse services will be improved. This includes information on the prevalence of substance abuse and factors affecting this, frequency of mental health disorders and substance abuse and costs for them, and costs for the services, their quality and results.
- The future steering of social welfare and health care services shall take into consideration the special questions related to mental health and substance abuse work, such as needs-based supply of services and cooperation between the municipalities and regions.

KIRJALLISUUTTA

Kansalliset ja kansainväliset ohjelmat:

WHO: Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma (2013) World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen. Saatavilla verkossa suomeksi: https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielenterveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf.

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2015:19. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3746-8>.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa käsittelevät sosiaali- ja terveysministeriön julkaisut:

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön Julkaisuja 2012: 24. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3382-8>.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön Selvityksiä 2009:3. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2768-1>.

Plan för främjande av psykisk hälsa och alkohol- och drogarbete - Förslag till att utveckla arbetet för att främja den psykiska hälsan och alkohol- och drogarbetet fram till år 2015. Lägesutvärdering och åtgärder som särskilt bör effektivteras för genomförandet. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2013:8. Tillgänglig på internet: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3405-4>.

Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:20. Tillgänglig på internet: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2819-0>.

Plan for Mental Health and Substance Abuse Work. Proposals for development of mental health and substance abuse work 2015. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2013:18. Available in internet: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3472-6>.

Plan for mental health and substance abuse work. Proposals of the Mieli 2009 working group to develop mental health and substance abuse work until 2015. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health : 2010:5. Available in internet: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3027-8>.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa käsittelevät Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisut:

Partanen Airi, Moring Juha, Bergman Viveca, Karjalainen Jouko, Kesänen Minna, Markkula Jaana, Marttunen Mauri, Mustalampi Saini, Nordling Esa, Partonen Timo, Santalahti Päivi, Solin Pia, Tuulos Tytti, Wuorio Sanna (toim.). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäperi 20/2015. Helsinki 2015. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-538-7>.

Moring Juha, Bergman Viveca, Nordling Esa, Markkula Jaana, Partanen Airi, Soikkeli Markku (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista si-

- sällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Työpaperi 15/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-907-7>.
- Moring Juha, Martins Anne, Partanen Airi, Bergman Viveca, Nordling Esa (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Raportti 46/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-684-7>.
- Moring Juha, Martins Anne, Partanen Airi, Bergman Viveca, Nordling Esa, Nevalainen Veijo (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085117>.
- Partanen Airi, Moring Juha, Nordling Esa, Bergman Viveca (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085116>.
- Kostiainen Elisa, Ahonen Sanna, Verho Tanja, Rissanen Päivi, Rotko Tuulia. Kokemukset käyttöön –kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Työpaperi 36/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-373-4>.
- Kuosmanen Lauri, Vuorilehto Maria, Voipio-Pulkki Liisa-Maria Laitila Minna, Posio Jorma, Partanen Airi (toim.). Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä: Kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. Avauksia 5/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085101>.

Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden THL:n raportit:

- Falk Hanna, Kurki Marjo, Rissanen Päivi, Kankaanpää Sini, Sinkkonen Niina. Kuntoutujusta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Työpaperi 39/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-028-3>.
- Laitinen Petri, Komminaho Alpo, Mäkelä Matti, Järvinen Matti, Hilama Pirjo, Nykky Tiina, Moring Juha, Partanen Airi, Sutela Sanna. Itä kohtaa lännen – Mieli-suunnitelmaa toteuttamassa 2010–2013. Työpaperi 19/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-935-0>.
- Lepistö Päivi, Kuosmanen Lauri, Partanen Airi, Moring Juha. Paremman palvelun avaimia – Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa. Raportti 64/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-754-7>.
- Laajasalo Taina, Pirkola Sami (toim.). Ennenkuin on liian myöhäistä: Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportti 47/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-686-1>.
- Kaivosoja Matti, Löf Tuula, Indola Jessica (toim.). Rapsodia terveelle mielelle. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano tervein Mieli Pohjois-Suomessa -hankkeessa. Raportti 47/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085286>.

Muita julkaisuja:

- Masto hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3151-0>.

Sosiaalihuoltolaki. Soveltamisopas. Sosiaali- ja terveysministeriö 18.6.2015. Saatavilla verkossa:

<http://stm.fi/documents/1271139/1352015/Sosiaalihuoltolain+soveltamisopas.pdf/cb12a5c4-9bfa-4983-adf6-94ca18815f1b>.

Paikallinen alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisy – Käsikirja yhdessä toteutettavaan Pakka-toimintamalliin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kide 23/2013. Saatavilla verkossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-044-3>.

Lisätietoa verkossa

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/ehkaisevan-paihdetyon-toimintaohjelma>

Eksote. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

www.eksote.fi

Eloisa ikä -ohjelma. Raha-automaattiyhdistyksen Eloisa ikä -avustusohjelma (2012–2017) luo edellytyksiä ikäihmisten hyvälle arjelle ja mielekkäälle tekemiselle. Ohjelma toteutetaan yhteistyössä Vanhustyön keskusliiton kanssa.

<http://www.eloisaika.fi/eloisa-ika/>

ICF-toimintakykyluokitus. Kansainvälinen (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus, joka kuvaa, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä.

<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Innokylä. Kaikille avoin ja maksuton yhteisen ideoinnin, kehittämisen ja toimintamallien levittämisen verkkoympäristö.

www.innokyla.fi

Keski-Pohjanmaan kuntien ja Kruunupyyn kunnan päihde- ja mielenterveysstrategia 2012–2015.

<https://www.kpshp.fi/sivu/media/K-Pn-kuntien-Kruunupyynkunnan-paihde-ja-mielenterveysstrategia.pdf/format-pdf>

Mental Health in All Policies (MHAP). MHAP on lähestymistapa, jolla pyritään edistämään mielenterveyttä ja hyvinvointia väestötasolla tukemalla muiden kuin sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalojen mielenterveyden taustatekijöihin vaikuttavia toimenpiteitä.

<http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/mental-health-in-all-policies>

Mielenterveystalo.fi. HUS:in tuottama psyykkistä hyvinvointia edistävien nettipalveluiden kokoelma, joka kokoaa kansalaisten saataville tietoa, omahoito-ohjelmia sekä palveluohjausta mielenterveys- ja päihdeasioihin.

www.mielenterveystalo.fi

Nuorten työpajatoiminta. Nuorten työpajat ovat alle 29-vuotiaille, työttömille nuorille tarkoitettuja työharjoittelupaikkoja. Työpajojen rahoitus jakautuu opetus- ja kulttuuriministeriön sekä työ- ja elinkeinoministeriön kesken.

http://www.minedu.fi/OPM/Nuoriso/nuorisotyoen_kohteet_ja_rahoitus/tyoepajat/?lang=fi

Osatyökykyisille työtä -hanke. Osatyökykyiset työssä -ohjelma eli Osku (2013–2015) tarjosi tukea ja välineitä osatyökykyisten työssä jatkamiseen ja työllistymiseen. Ohjelma koski sekä työelämässä että työelämän ulkopuolella olevia osatyökykyisiä.

<http://stm.fi/osatyokykyiset>

Pakka. Paikallinen alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisy –toimintamalli.

<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/ehkaisevan-paihdetyon-menetelmat/verkko-pakka-ehkaisevaan-paihdetyohon>

LIITE

KANSALLISEN MIELEN- TERVEYS- JA PÄIHDE- SUUNNITELMAN (MIELI) 2009–2015 ARVIOINTI

Ulkoinen loppuarviointi

Loppuraportti

Arviointiryhmä: Sami Pirkola (pj), Juhani Lehto, Mauri Aalto, Sari Fröjd, Hannele Heilä, Ulla Idänpään-Heikkilä, Petri Näätänen, Leena Kurki-Kangas

TIIVISTELMÄ

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli-suunnitelma) 2009–2015 on linjannut mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä vuoteen 2015. Suunnitelman laatimisen lähtökohtina ovat olleet mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen ja -taloudellinen merkitys sekä hajanaisen palvelujärjestelmän uudistamisen tarve.

Mieli-suunnitelman toimintakauden päättyessä tehtiin kokonaisarviointi suunnitelman suositusten toteutumisesta, niiden vaikutuksista sekä suunnitelman toimivuudesta ohjausvälineenä. Arviointi jakautuu kolmeen osaan: Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ohjausryhmän tuottamaan raporttiin, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) raporttisarjan päätösraporttiin sekä ulkoiseen loppuarviointiin. Ulkoinen arviointi on tehty STM:n toimeksiannosta ja arvioinnin toteuttaja valittiin avoimella kilpailutuksella.

Ulkoisen arvioinnin tarkoituksena oli selvittää suunnitelman suosituksia ja linjauksia, niiden toteutumista ja vaikutuksia useista näkökulmista sekä suunnitelman toimivuutta ohjausmenetelmänä. Arvioinnin pohjalta on annettu suosituksia jatkotoimista sekä kansallisen jatko-seurannan ja muiden toimenpiteiden tarpeista.

Arviointi pohjautui sähköiseen kyselyyn asiantuntijoille, palvelujen vaikuttavuutta mittaavan tilastotiedon keruuseen, keskeisten asiantuntijatahojen laadullisiin haastatteluihin sekä tehtyjen kansallisten ja kansainvälisten selvitysten läpikäyntiin.

Arviointijohtopäätöksiä koskevana yhteenvetona arviointiryhmä toteaa, että Mieli-suunnitelmalla oli myönteinen vaikutus erityisesti tietoisuuden lisääntymiseen asiakkaan aseman vahvistamisen tarpeesta, edistävän ja ehkäisevän työn merkityksestä sekä palvelujärjestelmän kehittämistarpeista. Mieli-suunnitelma onnistui vaikuttamaan, koska se oli linjassa yleisemmän kehityssuuntauksen kanssa ja noudatteli sekä kansallisia että kansainvälisiä linjauksia. Mieli-suunnitelman kaikkia tavoitteita ei saavutettu osin siksi, koska suunnitelman toimeenpano ajoittui poikkeuksellisen pitkään taantumaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon huomion keskittymiseen suurelta osin sote-uudistukseen. Mieli-suunnitelma joutui kilpailemaan huomiosta, tuesta ja resursseista. Mieli-suunnitelma olisi onnistunut paremmin, jos koordinaatioon ja toimeenpanoon olisi suunnattu enemmän resursseja.

JOHDANTO

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli-suunnitelma) 2009–2015 linjataan mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä vuoteen 2015. Suunnitelman laatimisen lähtökohtina ovat olleet mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen ja -taloudellinen merkitys sekä nykyisin hajanaisen palvelujärjestelmän uudistamisen tarve. Keskeisinä tavoitteina oli vähentää mielenterveys- ja päihdeongelmia ja niihin liittyvää syrjäytymistä, taata palvelut, jotka perustuvat kansalaisten todellisiin tarpeisiin ja ovat vaivattomasti ja joustavasti saatavilla sekä perustaa toiminta hyviin ja vaikuttaviksi arvioituihin käytäntöihin.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelu käynnistettiin vuonna 2007 sosiaali- ja terveysministeriössä 106 kansanedustajan vuonna 2005 tekemän aloitteen perusteella (TPA 36/2004 vp/vihreät Kirsi Ojansuu). Suunnitelman valmistelua varten asetettiin työryhmä, joka esitti ehdotuksensa vuonna 2009 julkaistussa kansallisessa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa. Mieli-suunnitelman painopistealueiksi muodostuivat asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostaminen, palvelujen toteuttaminen toimivana kokonaisuutena ja ohjauskeinojen kehittäminen.

Mieli-suunnitelman suositusten toimeenpanosta ovat vastanneet sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) sekä omalta osaltaan muut suunnitelmassa erikseen mainitut toimijatahot. THL laati vuonna 2009 toimeenpanosuunnitelman, jota on tarkistettu ja täydennetty toimeenpanon edetessä. STM asetti ohjausryhmän tukemaan Mieli-suunnitelman toimeenpanoa ajalle 1.3.2010–31.12.2015 ja on tukenut suunnitelman toimeenpanoa lainsäädännöllisin keinoin. Toimeenpanoa on edistetty STM:n rahoittamien Sosiaalisen ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) hankkeiden kautta. Suunnitelman linjausten toimeenpano on tapahtunut pääosin kunnissa, kuntayhtymissä ja sairaanhoitopiireissä. Myös valtiolla on ollut oma roolinsa suunnitelman toimeenpanossa.

Mieli-suunnitelman toimintakauden päättyessä tehtiin kokonaisarviointi suositusten toteutumisesta, niiden vaikutuksista ja suunnitelman toimivuudesta ohjausvälineenä. Arviointi jakautuu kolmeen osaan: STM:n ohjausryhmän tuottamaan raporttiin, THL:n raporttisarjan päätösraporttiin sekä ulkoiseen loppuarviointiin. Ulkoinen arviointi on tehty STM:n toimeksiannosta ja arvioinnin toteuttaja on valittu avoimella kilpailutuksella. Ulkoinen arviointi on toteutettu Tampereen yliopiston Terveystieteiden yksikössä. Arviointiryhmään ovat kuuluneet (pj) sosiaalipsykiatrian professori Sami Pirkola (Tay/HES), professori Juhani Lehto (Tay), päihdelääketieteen professori Mauri Aalto (Tay), erikoislääkäri, LT, MPH Ulla Idänpään-Heikkilä († 2016), kehittämisspäälikkö Petri Näätänen (HUS), dosentti, yliopistonlehtori Sari Fröjd (Tay/HES) ja asiantuntijalääkäri, LT Hannele Heilä (Kela). Arviointiryhmän asiantuntijasihteerinä on toiminut kansanterveystieteen maisteriopiskelija TtK Leena Kurki-Kangas (Tay/HES).

Ulkoisessa arvioinnissa on tarkasteltu suunnitelman suosituksia, niiden toteutumista ja vaikutuksia useista näkökulmista sekä suunnitelman toimivuutta ohjausmenetelmänä. Arvioinnin pohjalta on annettu suosituksia jatkotoimista sekä kansallisen jatkoseurannan ja muiden toimenpiteiden tarpeista.

MIELI-SUUNNITELMAN ULKOINEN ARVIOINTI

ARVIOINNIN TAVOITTEET

Kansallisen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ulkoisen kokonaisarvioinnin tavoitteena on toimeksiannon mukaan tuottaa tietoa:

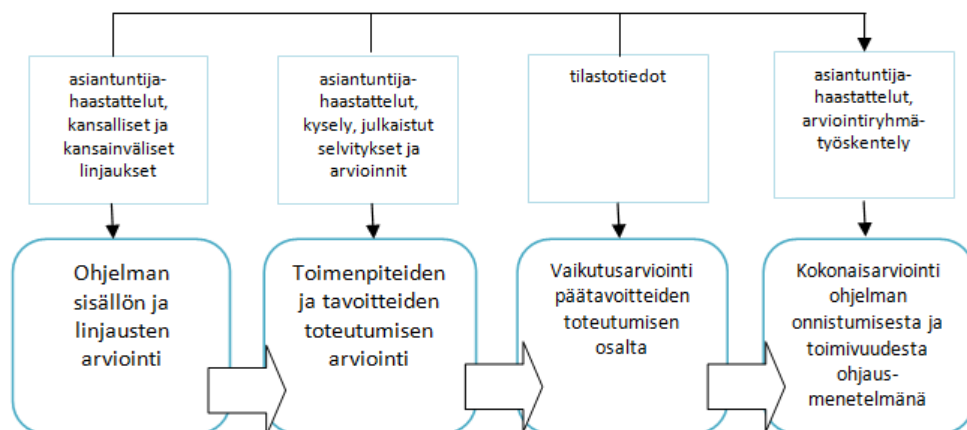
- Mieli-suunnitelman linjausten, sisällön, rakenteen ja toimeenpanon toimivuudesta
- Mieli-suunnitelman suhteesta kansainväliseen kehitykseen, mukaan lukien OECD:n ja WHO:n suosituksiin
- mahdollisista toimeenpanoa rajoittaneista tekijöistä
- Mieli-suunnitelman tavoitteiden saavuttamisesta ja vaikutuksista väestön hyvinvointiin ja palveluihin
- tavoitteiden saavuttamisesta Mieli-suunnitelman eri painopistealueilla mielenterveys-työn ja päihdetyön, sosiaalihuollon ja terveydenhuollon näkökulmista sekä laajemmasta yhteiskunnallisesta näkökulmasta
- miten Mieli-suunnitelma tavoitti keskeiset kohderyhmät ja toimijat
- muista relevanteista kysymyksistä ja näkökulmista, mm. lasten, nuorten ja vanhusten näkökulmista
- Mieli-suunnitelman toimivuudesta mielenterveys- ja päihdetyön kansallisen ohjauksen välineenä.

ARVIOINNIN TOTEUTUS

Mieli-suunnitelman ulkoinen arviointi kohdistuu sekä saavutettuihin lopputuloksiin ja vaikuttavuuteen (summatiivinen arviointi) että prosessien arviointiin (formatiivinen arviointi) (ks. Robson 2001; Seppänen-Järvelä 2004). Arviointi painottuu summatiiviseen arviointiin. Arvioinnissa on huomioitu WHO:n (2007, 2009) ohjeistukset mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittämistä koskevien suunnitelmien toteutumisen seuraamiseksi ja arvioimiseksi. Arvioinnissa ei ole käytetty em. lähteissä esiteltyä yksityiskohtaista instrumenttia, vaan sisältöä on hyödynnetty soveltaen.

Mieli-suunnitelman ulkoinen arviointi jakautuu neljään osa-alueeseen (Kuvio 1):

- ohjelman linjausten ja sisällön arviointiin
- asetettujen toimenpiteiden ja niille asetettujen tavoitteiden toteutumisen arviointiin
- vaikutusarviointiin päätavoitteiden toteutumisen osalta sekä
- kokonaisarviointiin ohjelman linjausten, sisällön, rakenteen ja toimeenpanon onnistuneisuudesta sekä ohjelman toimivuudesta ohjausmenetelmänä.



Kuvio 1. Arvioinnin toteutus

Tutkimusmenetelmät

Menetelmällisesti Mieli-suunnitelman kokonaisarvioinnissa on käytetty triangulaation kaltaista lähestymistapaa hyödyntäen sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Arvioinnin tietolähteinä on käytetty sähköistä kyselyä asiantuntijoille, palvelujen vaikuttavuutta mittaavaa tilastotietoa, keskeisten asiantuntijatahojen laadullisia haastatteluja sekä kansallisia ja kansainvälisiä selvityksiä ja muuta kirjallista materiaalia (Kuvio 1).

Menetelmäkuvauksen yhteydessä on lyhyesti arvioitu myös arviointitiedon luotettavuutta. Joidenkin Mieli-suunnitelman tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutuminen on saatavilla olevaan tietoon pohjautuen helposti todettavista. Joidenkin tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumista on vaikeampaa tai jopa mahdotonta arvioida joko menetelmällisten haasteiden tai kysymyksenasettelun ongelmien takia. Monin paikoin on mahdoton erottaa Mieli-suunnitelman moottoroimina tapahtuneita muutoksia niistä muutoksista, jotka ovat olleet synnyttämässä Mieli-suunnitelmaa: mielenterveys- ja päihdepalveluiden nykyinenkin kehittämis-työ on monelta osin alkanut jo ennen Mieli-suunnitelman toimintakautta ja jatkunut mahdollisesti muiden tekijöiden ajamana.

Sähköinen asiantuntijakysely

Sähköisen kyselyn tavoitteena oli tuottaa tietoa toimenpiteiden ja niihin liittyvien tavoitteiden toteutumisesta sekä ohjelman toteuttamista edistävästä ja estävästä tekijöistä.

Kysymykset laadittiin Mieli-suunnitelman neljän painopistealueen ja kahdeksantoista osatavoitteen pohjalta vastaamaan toimeksiantoon kirjattuihin arviointitavoitteisiin. Kysely sisälsi sekä strukturoituja kysymyksiä että mahdollisuuden vapaamuotoiseen vastaamiseen. Kyselyn suunnittelussa pyrittiin sekä sisällöllisesti että rakenteellisesti mahdollisimman ytimekkääseen kysymyksenasetteluun. Kyselylomake on esitetty liitteessä 1.

Sähköinen kysely lähetettiin sairaanhoitopiirien psykiatrian toimialan johtotehtävissä toimiville sekä valittujen kuntien, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien ja päihdehuollon yksiköiden johto- ja kehittämistehtävissä toimiville. Lisäksi kysely lähetettiin valituille kolmannen sektorin toimijoille, joidenkin yksityisten työterveysasemien työterveyden vastuuhenkilöille sekä yliopistojen edustajille. Otannassa pyrittiin huomioimaan vastaajien jakautuminen eri toimijatahoille sekä toimijoiden alueellisesti kattava tavoittaminen. Otoskoko oli 564 ja vastausprosentti 26 %.

Vastauksia kyselyyn saatiin kaikkien sairaanhoitopiirien alueilta, mutta yksittäisiä sairaanhoitopiirejä koskevat tiedot perustuvat suhteellisen pieneen vastausmäärään. Sairaanhoitopiirikohtaisten vastausmäärien mediaani oli 5. Vähimmillään vastauksia saatiin sairaanhoitopiireistä yksi ja enimmillään 21. Valtakunnallisen tason toimijoita vastaajista oli yhteensä 16. Vastaajien jakautuminen mielenterveys- (51,1 %), päihde- (12,6 %) ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden (36,4 %) edustajiin oli epätasaista. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden ja sairaanhoitopiirien muita kuin suoraan mielenterveys- ja päihdepalveluvastuussa olevia työntekijöitä ja johtajia vastaajissa oli vain pieni osa (10,2 %), joten tulokset eivät edusta laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta.

Kysely tuotti sekä määrällistä että laadullista tietoa, joten analyysi tehtiin tilastollisin ja laadullisin menetelmin. Tilastolliset analyysit jaoteltiin riippuvien muuttujien mukaan siten, että ensimmäisessä vaiheessa tutkittiin luokittelevien/riippumattomien muuttujien vaikutusta arvioituihin muutoksiin asiakkaan asemassa, varhaisessa puuttumisessa ja toimivissa palvelukokonaisuuksissa. Nämä yhdistettiin yhteen GLM-malliin (toistomittausten ANOVA), jotta arvioidun muutoksen erilaiset profiilit saatiin esiin. Seuraavassa vaiheessa tutkittiin luokittelevien muuttujien yhteyttä arvioon Mieli-suunnitelman vaikutuksesta. Viimeisessä vaiheessa tutkittiin luokittelevien muuttujien vaikutusta kouluarvosanaprofiiliin.

Tilastotiedot

Mieli-suunnitelman ja sen implementoinnin aikaisen tilastotiedon avulla arvioitiin saavutuksia päätäavoitteiden osalta sekä mahdollisuuksien mukaan suunnitelman vaikuttavuutta indikaattoreissa havaittujen trendien pohjalta.

Tilastotietoja poimittiin pääasiassa THL:n ylläpitämän indikaattoripankki SOTKANetin väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevista tilastoista aikaväliltä 2000–2013/2014.

Tilastoista analysoitiin Mieli-suunnitelman ohjelmakauden aikaisia trendejä verraten kehitystä ohjelmaa edeltäneeseen aikaan. Lisäksi tarkasteltiin sairaanhoitopiirikohtaisia eroja keskeisten indikaattoreiden osalta. Arvioinnissa hyödynnetyt tilastoindikaattorit on koottu tämän raportin loppuun.

Jokaisen yksittäisen indikaattorin tulkintaan liittyy omat rajoituksensa ja nämä on kuvattu tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi:n indikaattori-infossa. Indikaattoritiedon avulla on mahdollista kuvata tiettyjen ilmiöiden muutosta ajassa ja tehdä alueellista vertailua, mutta Mieli-suunnitelman vaikutuksesta havaittuun kehitykseen voidaan tehdä ainoastaan oletuksia.

Asiantuntijahaastattelut

Asiantuntijoiden teemahaastatteluiden tuottaman aineiston pohjalta arvioitiin Mieli-suunnitelman linjauksia, rakennetta, toimeenpanoa, suunnitelman suhdetta kansalliseen ja kansainväliseen kehitykseen sekä joidenkin osatavoitteiden toteutumista. Tällä menetelmällä arvioituja osatavoitteita olivat esimerkiksi lakimuutostavoitteet, jotkut palveluiden integraation edellyttämät hallintomuutokset ja palveluohjaustavoitteita konkretisoivat toimenpiteet.

Työryhmä haastatteli arvioinnin tavoitteisiin liittyen kymmentä asiantuntijaa mielenterveys- ja päihdetyön eri alueilta. Haastattelut toteutettiin noin 45–60 minuutin mittaisina semistrukturoituina teemahaastatteluina.

Asiantuntijoille tehtyjen teemahaastattelujen sisällöt purettiin tallenteista ja niitä jäsennettiin sisällöllisesti laadullisen tutkimuksen menetelmin. Asiantuntijahaastattelujen tuottama aineisto teemoiteltiin keskeisten aihealueiden ja eri arviointinäkökulmien mukaan.

Asiantuntijahaastatteluja täydennettiin tarpeen mukaan yksittäisillä suppeammilla, tiettyjä aihepiirejä kartoittavilla haastatteluilla.

Arviointiryhmä pyrki valitsemaan asiantuntijat siten, että haastattelut tuottaisivat mahdollisimman monipuolisen ja kattavan kuvan mielenterveys- ja päihdetyön kentällä tapahtuneista muutoksista ja Mieli-suunnitelman suhteesta tähän kehitykseen. Tämän vuoksi haastateltavat tarkastelivat asiaa hieman eri näkökulmista, jolloin myös tietyistä kysymyksistä on aineistoon muodostunut vain yhden asiantuntijan näkemys. Huomioitavaa on myös, että haastatteluaineistosta arviointia varten poimitut sisällöt ovat arviointiryhmän subjektiivisia poimintoja.

Yhteenvedo asiantuntijahaastatteluista on esitetty liitteessä 2.

Kirjallinen aineisto

Mieli-suunnitelmaan ja sen tavoitteisiin liittyviä kansallisia ja kansainvälisiä tutkimus- ja selvitysmateriaaleja sekä muuta kirjallista aineistoa hyödynnettiin arvioitaessa Mieli-suunnitelman linjauksia, sisältöä ja toimeenpanoa sekä Mieli-suunnitelman suhdetta kansalliseen ja kansainväliseen kehitykseen. Myös Mieli-suunnitelman toimenpiteiden ja tavoitteiden toteutumista arvioitiin osin jo tehtyjen selvitysten avulla.

Läpikäydystä aineistosta poimittiin tutkimuskysymysten kannalta relevantit sisällöt, jotka teemoiteltiin aihealueittain. Tuotettujen analyysien pohjalta tehtiin tulkintoja suhteessa arviointitavoitteisiin. Arvioinnin tukena käytetty kirjallinen aineisto on luetteloitu raportin lopussa.

MIELI-SUUNNITELMAN SISÄLTÖ JA LINJAUKSET

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotukset perusteluineen esitellään julkaisussa ”Mielenterveys ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015” (STM, Selvityksiä 2009:3). Mieli-suunnitelman linjaukset ja tavoitteet on jäsennelty neljään painopistealueeseen, jotka sisältävät yhteensä 18 konkreettisempaa osatavoitetta. Painopistealueet ja osatavoitteet on esitetty tiivistetysti liitteessä 3.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laatimisessa huomioitiin valmistelun aikana meneillään ollut kunta- ja palvelurakennemuutos sekä lainvalmisteluohjelma, jossa sosiaali- ja terveydenhuoltoa pyritään kehittämään laajempina alueellisin kokonaisuuksina. Lisäksi suunnitelman laatimisessa huomioitiin STM:n edellytysten mukaisesti asiakasnäkökulma, mielenterveys- ja päihdepalvelujen laatusuosituksien sekä ajankohtaiset kansainväliset linjaukset.

SUUNNITELMAN SUHDE KANSALLISIIN LINJAKSIIN JA SUOSITUKSIIN

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (STM 2001) on linjannut Suomen terveyspolitiikkaa viimeisen 15 vuoden ajan. Terveystieteen edistämistä painottavan Terveys 2015 -ohjelman taustana on ollut WHO:n Terveystietä kaikille -ohjelma ja se on jatkanut Suomen kansallista Terveystietä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmaa. Terveys 2015 -ohjelmassa on pyritty terveyden tukemiseen ja edistämiseen yhteiskunnan kaikilla sektoreilla. Mieli-suunnitelman tavoitteet ja sisältö ovat olleet linjassa Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden kanssa ja palvelleet osaltaan myös Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden saavuttamista.

Keskeisiä mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinoja ovat olleet erilaiset laatusuosituksien. Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat muun muassa Päihdepalvelujen laatusuositus (2002), Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit (2006), Mielenterveyspalveluiden laatusuositus (2001) sekä Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuositus (2007). Mieli-suunnitelmaa laadittaessa huomioitiin nämä suosituksien ja ehdotuksissa otettiin myös osin kantaa suositusten päivittämiseksi.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden alueella toteutettiin 2000-luvulla valtiollista hankeohjausta, kun STM tuki ja seurasi kolmen kehittämisohjelman, Sateenvarjo-projektin (Vantaan kaupunki), Pohjanmaa-hankkeen (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri) ja Lapin-hankkeen (Rovaniemen kaupunki), toteutumista ja vaikutuksia vuosina 2004–2007. Näissä hankkeissa oli painotuksina ja tavoitteina hyvin paljon Mieli-suunnitelmassakin myöhemmin näkyneitä periaatteita, kuten palvelu-ketjujen sujuvuus ja palveluiden matalakynnyksisyys.

STM:n vuosina 2008–2011 ja 2012–2015 toteuttama Kaste-ohjelma pyrki hankeohjauksen avulla edistämään sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämispyrkimyksiä ja muokkaamaan palveluiden rakennetta ja toimintaa vastaamaan arvioituja tarpeita. Monet Kaste-ohjelman painotukset olivat samansuuntaisia Mieli-suunnitelman painopisteiden ja linjausten kanssa, ja Kaste-ohjelmaa toteuttaneissa hankkeissa oli useita mielenterveyteen ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseen tähtääviä osahankkeita.

SUUNNITELMAN SUHDE KANSAINVÄLISEEN KEHITYKSEEN

Mieli-suunnitelman arvioinnissa kansainvälisiä linjauksia on tarkasteltu joiltain osin Mieli-suunnitelmaa edeltäneeltä ajanjaksolta linjausten suhteuttamiseksi suunnitelman tavoitteisiin sekä toisaalta toimintakauden aikaisten linjausten osalta ajankohtaisen kuvan luomiseksi. Kansainvälisten linjausten osalta on kiinnitetty erityisesti huomiota Euroopan unionin, Euroopan neuvoston, Maailman terveysjärjestö WHO:n ja Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD:n suosituksiin. Mieli-suunnitelman suhdetta kansainväliseen kehitykseen on selvitetty myös asiantuntijahaastattelujen avulla.

Liitteessä 4 on kuvattu sekä Mieli-suunnitelmaa edeltäneitä että toimintakauden aikaisia mielenterveyteen ja päihdetyöhön liittyviä kansainvälisiä suosituksia ja linjauksia. Tarkastellut suunnitelmat ja linjaukset ovat pääsääntöisesti linjanneet mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä Euroopan tasolla, mutta myös globaalisti. Yhteisiä teemoja ovat olleet muun muassa mielenterveyden merkityksen korostaminen, edistävän ja ennaltaehkäisevän työn merkitys, syrjimättömyys sekä toimivan palvelujärjestelmän kehittäminen. Palvelujärjestelmän kehittämiseen liittyvän kansainvälisen tutkimustiedon valossa voidaan todeta, että mielenterveys- ja

päihdestrategioissa tulisi painottaa palvelukokonaisuuksia, joissa laitoshoidon ja avohoidon palvelut yhdistetään avohoitopainotteisesti ja palveluita tarjotaan mahdollisimman monipuolisesti. Lisäksi tulisi huomioida kunnallisten palveluiden saatavuuden takaaminen sekä kattavien liikkuvien, joustavien ja päivystävien palvelujen tarjoaminen. (Thornicroft & Tansella 2004, 2008, 2013; Pirkola ym. 2009.)

Kansainvälisten linjausten tarkasteluun ja Mieli-suunnitelman ulkoista arviointia varten toteutettuihin asiantuntijahaastatteluihin perustuen on todettavissa, että Mieli-suunnitelma noudattelee varsin hyvin sitä edeltäneitä kansainvälisiä linjauksia. Useissa kansainvälisissä linjauksissa painotetaan erityisesti edistävän ja ennaltaehkäisevän työn merkitystä. Mieli-suunnitelmassa tämä nostettiin linjausten mukaisesti omaksi painopistealueekseen, mutta sisällöltään painopistealue jäi useiden asiantuntijahaastatteluiden ja arviointiryhmän arvion mukaan alun perin liian vähäiselle painotukselle. Itsemurhien ehkäisy on erikseen nimetty kansainvälisissä linjauksissa (esim. WHO 2008b, EU 2008) yhdeksi tärkeimmistä toimenpiteistä. Itsemurhien ehkäisyn olisi arviointiryhmän arvion mukaan ollut hyvä olla korostuneemmin esillä myös Mieli-suunnitelmassa. Huomionarvoista kuitenkin on, että vuonna 2012 THL laajensi Mieli-suunnitelman toimeenpanon kärkihankkeiden aiheita ja uusina lisäyksinä mukaan tuli nimenomaan ennaltaehkäisyyn tähtääviä kehittämistoimenpiteitä, ja erillisenä osana myös itsemurhien ehkäisy.

Mieli-suunnitelman toimintakauden aikaisia kansainvälisiä linjauksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että Mieli-suunnitelman painopistealueet ja ehdotukset noudattelevat läheisesti WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman tavoitteita. Mieli-suunnitelman painotuksissa on nähtävissä myös samansuuntaista kehitystä OECD:n vuonna 2014 julkaiseman ”Making Mental Health Count” -raportin pääteemojen kanssa. OECD:n maakohtainen raportti (Patana 2014) esittää Suomea koskevinä myönteisinä asioina muun muassa työntekijöiden riittävän koulutustason sekä sähköisten palvelujen kehittämisen. Ongelmallisena nähdään mielenterveysmenojen osuuden pieneneminen terveysmenoissa sekä hoidon tarpeen ja saatavuuden välinen kuilu. Lisäksi OECD:n raportti kiinnittää huomiota siihen, että itsemurhien määrä on Suomessa edelleen korkeampi kuin keskimäärin muissa OECD-maissa, vaikka määrä on laskenut merkittävästi. Mielenterveyden edistämiseksi ja itsemurhien ehkäisemiseksi tarvitaan jatkuvaa työtä, jotta myönteinen kehityssuunta on mahdollista säilyttää.

ARVIO SUUNNITELMAN SISÄLLÖSTÄ JA LINJAUKSISTA

Asiantuntijahaastatteluissa todettiin yleisesti, että Mieli-suunnitelma oli sisällöltään kattava ja onnistui tarttumaan keskeisiin kysymyksiin. Monet haastateltavat korostivat positiivisena asiana sitä, että Mieli-suunnitelman sisältö oli linjassa jo alkaneen kehittämistyön kanssa. Toisaalta osa haastateltavista koki ongelmallisena sen, että Mieli-suunnitelmassa oli monenlaisia ehdotuksia, eikä erillisiä kärkitavoitteita oltu asetettu. Useiden haastattelujen yhteydessä todettiin, että suunnitelmalta olisi kaivattu enemmän terävyyttä.

Asiantuntijahaastattelujen mukaan erityisesti Mieli-suunnitelman ajatus palveluiden integraatiosta nähtiin edelläkävijänä muihin strategioihin nähden. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroinnissa nähtiin kuitenkin myös haasteita ja riskejä liittyen muun muassa osaamisen ja resurssien menettämiseen.

Osa haastatelluista asiantuntijoista koki, että Mieli-suunnitelma on ollut vahvasti terveydenhuollon ohjelma ja toiminut kapealla sektorilla. Ongelmallisena koettiin suunnitelman painottuminen korjaavaan työhön ja edistävän ja ehkäisevän työn jääminen liian vähäiselle painotukselle. Konkreettiseksi puutteeksi nimettiin muun muassa itsemurhien ehkäisyn liian vähäinen painotus, vanhemmuuden tukemisen ja kouluissa tapahtuvan mielenterveyden edistämisen jääminen vähäiselle huomiolle sekä ikääntyneiden mielenterveysongelmien ja päihteiden käytön ennaltaehkäisyn vähäinen painottuminen.

Mieli-suunnitelman sisältöä, linjauksia ja rakennetta jo aiemmin arvioineissa selvityksissä on kritisoitu muun muassa suunnitelmasta puuttuvaa kattavaa palvelujärjestelmän analyysia sekä sitä, että suunnitelmassa ei ole systemaattisesti esitetty ehdotusten taustalla olevia perusteluja (ks. Kuussaari 2010). Huomionarvoiseksi seikaksi on todettu myös se, että Mieli-suunnitelman valmistelun yhteydessä ei tehty kattavaa kartoitusta kuntien päihdepalveluista ja niiden puutteista, ja tämän vuoksi Mieli-suunnitelman kehittämis ehdotusten taustalla olevat oletukset palveluiden ongelmista perustuvat spesifisen tutkimustiedon sijaan enemmänkin yleisiin käsityksiin palvelujärjestelmän ongelmista. (ks. Stenius ym. 2012).

Kansallisten ja kansainvälisten selvitysten sekä asiantuntijahaastattelujen pohjalta arviointiryhmä toteaa Mieli-suunnitelman sisällöstä ja linjauksista seuraavaa:

- Mieli-suunnitelma oli sisällöltään varsin hyvin linjassa sekä kansainvälisen että kansallisen kehityksen kanssa.
- Mieli-suunnitelma onnistui tarttumaan keskeisiin kysymyksiin ja ansiona voidaan pitää suunnitelman sisällön linkittymistä jo alkaneeseen kehittämistyöhön.
- Mieli-suunnitelman ehdotukset olivat eritasoisia. Osa oli muotoiltu lopputavoitteiden muotoon, osa välitavoitteen kaltaisiksi ja osa kuvasi toimenpiteitä tulostavoitteiden saavuttamiseksi. Tämä on saattanut osaltaan heikentää suunnitelman vaikuttavuutta.
- Kaikkia ehdotuksia ei määritelty siten, että toteutumisen seuranta ja arviointi olisi ollut mahdollista. Oleellinen osa toimeenpanoa olisi ollut tavoitteiden toteutumisen systemaattinen seuranta heti suunnitelmakauden alusta lähtien. Tämä olisi edellyttänyt suunnitelmalta selkeämpien seurantakäytäntöjen asettamista.

MIELI-SUUNNITELMAN TOIMEENPANO

Mieli-suunnitelman toimeenpanosta ovat vastanneet STM ja THL sekä omalta osaltaan muut suunnitelmassa erikseen mainitut toimijatahot. Suunnitelman linjausten paikallistason toimeenpano on tapahtunut kunnissa, kuntayhtymissä ja sairaanhoitopiireissä. Suunnitelma sisälsi myös lainsäädäntöön ja valtakunnalliseen ohjaukseen ja koordinaatioon linjauksia, joiden osalta toimeenpano tai sen valmisteluvastuu oli STM:llä ja THL:lla

STM on ollut toteuttamassa Mieli-suunnitelman toimeenpanoa normi- ja resurssiohjauksen kautta. Suunnitelman toteutumista oli tarkoitus tukea lainsäädännöllisin keinoin. Mieli-suunnitelman toimeenpanoon ei ole osoitettu erillistä rahoitusta, mutta toimeenpanoa on edistetty STM:n rahoittamien Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) hankkeiden kautta.

STM asetti ohjausryhmän tukemaan Mieli-suunnitelman toimeenpanoa ajalle 1.3.2010–31.12.2015. Ohjausryhmän tehtävänä on ollut toimeenpanon ohjaus, seuranta ja arviointi sekä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen edistäminen. STM:n lisäksi ohjausryhmässä ovat olleet edustettuina opetus- ja kulttuuriministeriö (OKM), Työterveyslaitos (TTL), THL, Kansaneläkelaitos, Suomen Kuntaliitto, sosiaalialan osaamiskeskukset, Mielenterveyden keskusliitto, Suomen Mielenterveysseura, Päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä PÄIVYT, A-klinikkasäätiö, Raha-automaattiyhdistys, Kirkkohallitus, osa sairaanhoitopiireistä sekä kaikki mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeet toimintakautensa ajan.

STM:n asettama Mieli-suunnitelman ohjausryhmä teki yhdessä sidosryhmiensä kanssa väliarvion suunnitelman ehdotusten etenemisestä vuonna 2012 (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24). Suunnitelman 18 ehdotuksen etenemistä arvioitiin liikennevalotekniikalla. Tässä yhteydessä arvioitiin myös uusien tai tehostettavien toimenpiteiden tarve vuosille 2012–2015. Väliarvioinnin jälkeen suunnitelman etenemistä on arvioitu vuosittain ohjausryhmän toimesta.

THL:n tehtävänä on ollut vastata Mieli-suunnitelman toimeenpanosta informaatio-ohjauksella ja toiminnan koordinoinnilla. Suunnitelmasta tiedottaminen käynnistettiin THL:n toimesta keväällä 2009 sähköisellä tiedotekirjeellä, jonka yhteydessä toteutettiin myös webropol-kysely tarkemman toimeenpanosuunnitelman valmistelun tueksi (ks. Partanen ym. 2010). Mieli-suunnitelmasta tiedottamisen kanavina ovat olleet myös mm. psykiatrian johtajien verkosto ja neuvottelupäivät, yo-sairaalapsykiatrian johtajien verkosto (erva), alueelliset ja valtakunnalliset tilaisuudet, kehittämisprojektit, julkaisut ja internet.

THL laati vuonna 2009 toimeenpanosuunnitelman (THL 2009), johon koottiin Mieli-suunnitelman tavoitteiden mukaiset toiminnot sen eri toimialoilta (Liite 5). Toimeenpanosuunnitelmaa tarkistettiin toimeenpanon edetessä. Mieli-suunnitelmaan ei sisällynyt ehdotusten priorisointia, joten THL sisällytti toimeenpanosuunnitelmaansa koko toimintakauden kattavan priorisointisuunnitelman. Toimeenpanosuunnitelmassa jokaisesta Mieli-suunnitelman neljästä osa-alueesta valittiin laajempi avaintema sekä kaksi yksittäistä kärkihanketta. Vuonna 2012 kärkihankkeiden aiheita laajennettiin ja uusina lisäyksinä mukaan tulivat lasten ja nuorten käytöshäiriöiden ehkäisyn ja hoidon kehittäminen, ehkäisevän työn tehostaminen yhteistyössä Alkoholiohjelman kanssa, itsemurhien ehkäisy, lähisuhdeväkivallan ehkäisyn ja hoidon kehittäminen, rahapeliongelmien hoidon kehittäminen sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asumisen kehittäminen. Toimeenpanosuunnitelman etenemistä on tarkasteltu väliraporteissa (ks. Partanen ym. 2010; Moring ym. 2011; Moring ym. 2012; Moring ym. 2013; Laitinen ym. 2013).

Kaste-ohjelma on Valtionneuvoston joka neljäs vuosi vahvistama ohjelma, joka perustuu Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin (733/1992, 5 §). Kaste-hankkeet ovat olleet merkittäviä Mieli-suunnitelman toimeenpanon väyliä. Mieli-suunnitelman toimintakausi on jakautunut kahdelle Kaste-ohjelmakaudelle. Kaste-ohjelmakausien tavoitteet on esitetty taulukossa 1. Kaste-ohjelmakaudella 2008–2011 erillisiin mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeisiin suunnattiin korvamerkittyä hankerahoitusta. Kaste-ohjelmakausi 2012–2015 oli osin jatkumo edellisellä ohjelmakaudella käynnistetyille kehittämistyölle. Tällä ohjelmakaudella mielenterveys- ja päihdetyö asettuivat aiemmasta ohjelmakaudesta poiketen osaohjelmien läpileikkaaviksi periaatteiksi.

Kaste-ohjelmien ja Mieli-suunnitelman tavoitteet ovat monilta osin yhteneväisiä ja toisiaan tukevia. Yhteisiä tavoitteita ovat erityisesti asiakkaan aseman vahvistaminen, ennaltaehkäisevän työn painottaminen ja yhtenäisten palvelukokonaisuuksien luominen. Molemmissa ovat

painottuneet myös perus- ja avopalvelut sekä matalan kynnyksen yhden oven periaate. Erilliset mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet tavoitteineen on esitetty liitteessä 6.

Taulukko 1. Kaste-ohjelmien 2008–2011 ja 2012–2015 tavoitteet ja osaohjelmat

Kaste 2008–2011	<p>Tavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kuntalaisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähe- nee • hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terve- yserot kaventuvat • palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat, alueelliset erot vähentyvät
Kaste 2012–2015	<p>Tavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat • sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on jär- jestetty asiakaslähtöisesti <p>Osaohjelmat:</p> <p>I Riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen parannetaan</p> <p>II Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja uudistetaan</p> <p>III Ikäihmisten palvelujen rakennetta ja sisältöä uudistetaan</p> <p>IV Palvelurakennetta ja peruspalveluja uudistetaan</p> <p>V Tieto ja tietojärjestelmät saatetaan asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi</p> <p>VI Johtamisella tuetaan palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia</p>

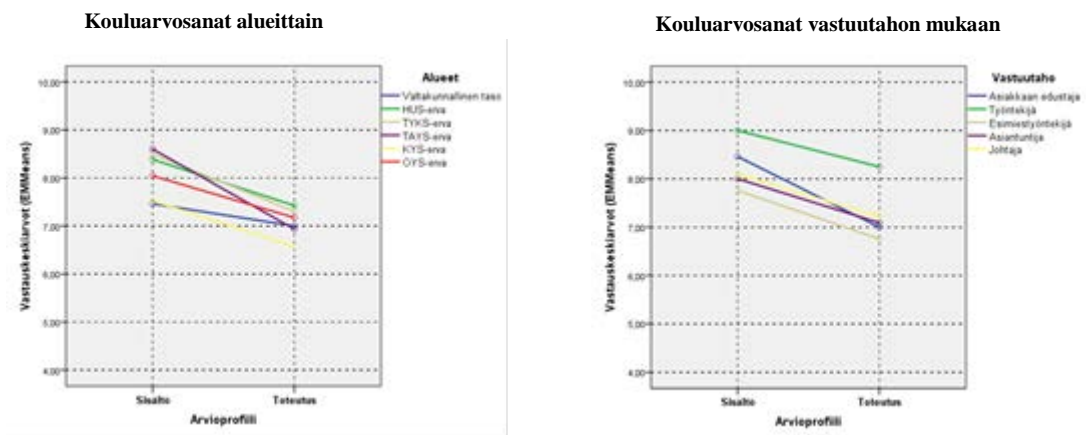
TOIMENPITEIDEN JA TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN

Toimenpiteiden ja tavoitteiden toteutumista kuvaavassa osiossa tarkastellaan Mieli-suunnitelman tavoitteiden toteutumista kuvaamalla aluksi ulkoista arviointia varten toteutetun kyselyn tuottamia arvioita asiakkaan aseman muutoksesta, varhaisesta puuttumisesta ja toimivien kokonaisuuksien kehittämisestä kokonaisuutena sekä Mieli-suunnitelman sisällölle ja toteutukselle annettujen kouluarvosanojen jakautumista. Tämän jälkeen ehdotusten, toimenpiteiden ja asetettujen tulostavoitteiden toteutumista tarkastellaan erikseen painopistealueittain asiantuntijahaastatteluihin, kirjalliseen aineistoon, kyselyn laadullisiin vastauksiin ja arviointiryhmän omiin näkemyksiin pohjautuen. Painopistealueen toimenpiteiden ja tavoitteiden toteutumisen käsittelyn päätteeksi esitetään kootut arviointijohtopäätökset.

MIELI-SUUNNITELMA KYSELYTULOSTEN VALOSSA

Kouluarvosanat

Mieli-suunnitelman sisältö arvioitiin koko vastaajajoukko huomioon otettaessa paremmaksi (keskiarvo 8,26, keskihajonta 0,15) kuin suunnitelman toteutus (ka 7,26, kh 0,16). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). Alueellisia eroja tarkasteltaessa Tays-ervan toimijat arvioivat Mieli-suunnitelman sisällön paremmaksi suhteessa toteutukseen pohjoisempien erva-alueiden toimijoihin verrattuna (KYS ja OYS, $p < 0,01$). Valtakunnalliset toimijat arvioivat suunnitelman sisällön ja toteutuksen eroa maltillisemmin kuin erva-tasoiset toimijat ($p < 0,05$), (Kuvio 2). Vastaajien vastuutahojen eroja vertailtaessa todettiin, että työntekijät arvioivat Mieli-suunnitelmaa kokonaisuudessaan muita suopeammin ($p < 0,05$), (Kuvio 3). Mieli-suunnitelmaan vain vähän perehtyneet arvioivat suunnitelmaa jonkin verran kriittisemmin kuin enemmän perehtyneet sekä suunnitelmaan osallistuneet ($p = 0,06$). Muilla taustamuuttujilla (mielenterveys-/päihdetoimijat, palvelujen tuottajat, palvelujen kohderyhmät) ei ollut vaikutusta Mieli-suunnitelmalle annettuihin kouluarvosanoihin.



Kuvio 2 ja 3. Mieli-suunnitelman sisällölle ja toteutukselle annetut kouluarvosanat alueittain ja vastaajan vastuutahon mukaan.

Arviot asiakkaan aseman muutoksesta, varhaisesta puuttumisesta ja toimivien palvelukokonaisuuksien kehittämisestä

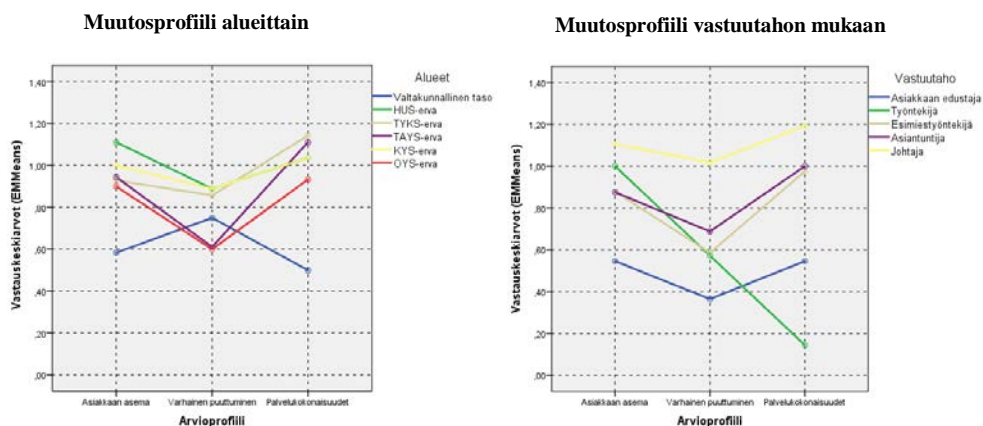
Mieli-suunnitelman ulkoista arviointia varten toteutetussa kyselyssä koko vastaajajoukko huomioitaessa (N=147) panostuksen varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön (keskiarvo 0,79, keskihajonta 0,88) arvioitiin kehittyneen vähemmän ($p=0,08$) kuin panostuksen asiakkaan aseman paranemiseen (ka 0,94, kh 0,82) ja toimivien palveluiden kehittämiseen (ka 0,98, kh 0,89). Arviot olivat lähimpänä verbaalista ilmaisua ”hieman parempaan suuntaan”. Arviot eivät eronneet erva-alueiden välillä. Valtakunnallisen tason toimijoiden arviointiprofiili näytti poikkeavan alemman vaikuttavuuden suuntaan muilla kuin varhaisen puuttumisen alueilla ($p=0,07$) (Kuvio 4).

Työntekijät arvioivat panostuksen varhaiseen puuttumiseen ja toimiviin palvelukokonaisuuksiin vähäisemmäksi kuin panostuksen asiakkaan aseman parantamiseen ($p<0,05$) (Kuvio 5). Johtajat arvioivat edistyksen kaikilla kolmella ulottuvuudella paremmaksi kuin asiakkaan edustajat ($p<0,05$, Tukey korjattu).

Päihdepalvelujen edustajat arvioivat panostuksen toimiviin palvelukokonaisuuksiin jonkin verran muita vähäisemmäksi. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden edustajien arviointiprofiilin ero oli lähes tilastollisesti merkitsevä ($p=0,056$, Roy's Largest Root) (Kuvio 6).

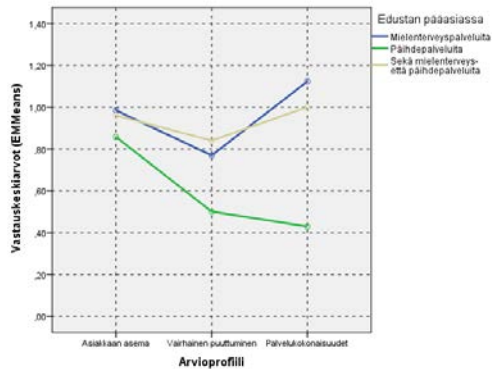
Tuottajaedustajista yksityisten palveluntuottajien arviot poikkesivat julkisista palveluntuottajista siten, että panostus palvelukokonaisuuksien kehittämiseen arvioitiin yksityisellä puolella vähäisemmäksi kuin panostus varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisyyn, julkisella puolella trendi oli päinvastainen ($p<0,001$), (Kuvio 7).

Palveluiden kohderyhmiä vertailtaessa vastaajat, joiden palveluiden kohderyhmät ulottuivat lapsuudesta aikuisikään, arvioivat panostuksen varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön vähäisemmäksi kuin panostuksen asiakkaan aseman paranemiseen verrattaessa arvioita vastaajiin, joiden palveluiden kohderyhmä ulottui vanhempiin ikäryhmiin ($p<0,01$), (Kuvio 8). Mieli-suunnitelmaan vain vähän perehtyneet arvioivat asiakkaan aseman paranemisen, varhaisen puuttumisen ja toimivien palvelukokonaisuuden kehittämisen kehittyneen vähäisempään suuntaan viimeisten kolmen vuoden aikana ($p=0,05$). He arvioivat erityisesti panostuksen toimivien palvelukokonaisuuksien kehittämiseen vähäisemmäksi kuin panostuksen varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisyyn, kun arvioita verrattiin suunnitelmaan paremmin perehtyneisiin sekä suunnitelmassa mukana olleisiin vastaajiin ($p<0,01$), (Kuvio 9).

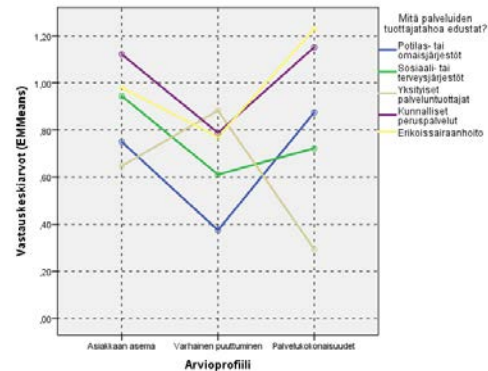


Kuvio 4 ja 5. Panostuksen kehitys alueittain ja vastuutason mukaan jaoteltuna.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

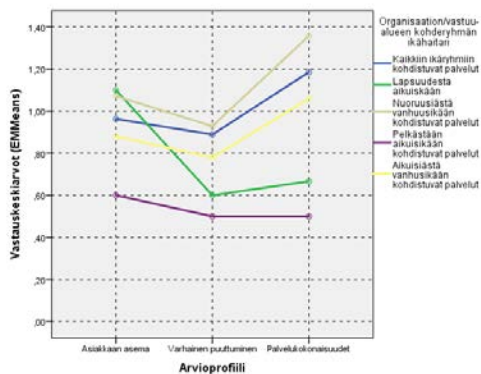


Palveluiden tuottajataho

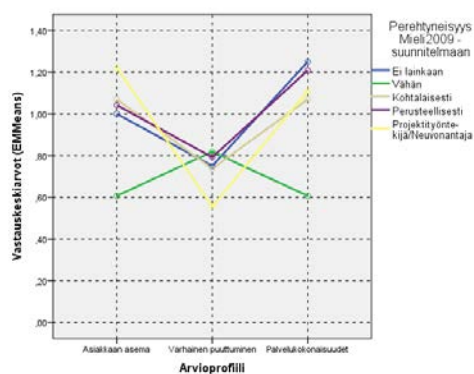


Kuvio 6 ja 7. Panostuksen kehitys edustetun palvelun (mielenterveys, päihde, molemmat) sekä palveluiden tuottajatahon mukaan jaoteltuna.

Palveluiden kohderyhmät ikäkauden mukaan



Perehtyneisyyden vaikutus muutosarvioihin



Kuvio 8 ja 9. Panostus painopistealueisiin kohderyhmän ikäjakauksen ja vastaajan Mieli-suunnitelmaan perehtyneisyyden mukaan.

Suhteellisen kattavasti eri toimija- ja vastuutahoja edustaneen vastaajajoukon käsityksistä voidaan todeta, että suunnitelman painopistealueista vähiten positiivista muutosta arvioitiin tapahtuneen varhaisen puuttumisen painopistealueella erityisesti lasten ja nuorten parissa toimivien vastaajien kohdalla. Vastaajan perehtyneisyys suunnitelmaan ja toimiminen julkisen sektorin puolella olivat yhteydessä myönteisempiin arvioihin ohjelman vaikuttavuudesta. Kautta linjan suunnitelman sisältö arvioitiin toteutusta paremmaksi.

TAVOITTEIDEN JA TOIMENPITEIDEN TOTEUTUMINEN PAINOPISTE-ALUEITTAIN

Asiakkaan aseman vahvistaminen

Mieli-suunnitelman ensimmäinen painopistealue tähtäsi asiakkaan aseman vahvistamiseen. Painopistealueen tarkoituksena oli keskittyä yhdenvertaisuuteen, matalan kynnyksen yhden oven palveluihin, kokemusasiantuntijoiden asemaan ja vertaistukeen, ulkopuolisen asiantuntija-arvion käyttöönottoon, itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskeviin säännöksiin sekä toimientuloturvaan.

Ehdotusten toteutuminen kyselyn ja haastattelujen valossa

Sähköisessä kyselyssä kaikista vastaajista lähes kaksi kolmasosaa arvioi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden aseman muutoksen viimeisen kolmen vuoden aikana varovaisen positiiviseksi ja viidesosa huomattavan positiiviseksi. Useat vastaajat mainitsivat esimerkkinä asiakkaan aseman parantumisesta kokemusasiantuntijatoiminnan kehittymisen. Lisäksi matalan kynnyksen palveluiden ja osaamisen peruspalveluissa koettiin lisääntyneen. Useissa vastauksissa palveluihin pääsyn koettiin parantuneen, mutta toisaalta vielä useampi vastaaja arvioi palveluihin pääsyn vaikeutuneen. Myös asenteiden arvioitiin kehittyneen sekä myönteisempään suuntaan että useissa arvioissa myös olevan edelleen esteenä asiakkaan aseman vahvistumiselle. Positiivisina esimerkkeinä mainittiin peruspalveluiden kehittyminen, avohoitopaikkoisuuden lisääntyminen sekä pakon käytön vähentyminen. Erityisesti nykyinen taloustilanne nähtiin asiakkaan aseman vahvistamispyrkimyksiä vaikeuttaneena tekijänä.

Mieli-suunnitelman arviointia varten tehdyissä asiantuntijahaastatteluissa asiakkaan aseman vahvistumiseen liittyvinä saavutuksina nousivat esiin tahdosta riippumattoman hoidon väheneminen aktiivisin toimenpitein sekä ulkopuolisen arvioijan käyttöönotto pitkittyneen tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä. Kokemusasiantuntijoiden lisääntynyt kouluttaminen ja heidän osallistumisensa erilaisiin päätöksenteon ja kehittämistyön prosesseihin laskettiin useissa arvioissa Mieli-suunnitelman linjaamaksi ja myötävaikuttamaksi muutokseksi.

Toimenpiteet ja tulostavoitteiden toteutuminen

Mieli-suunnitelmassa asiakkaan aseman vahvistumisen seurannan välineiksi ehdotettiin lainsäädännön toteutumista, hoito- ja palvelutakuun toteutumista, psykoterapiapalvelujen saatavuutta, täydennyskoulutusta, kokonaistaloudellisia vaikutuksia kunnille ja valtiolle (Ehdotus 1), sosiaali- ja terveyskeskuksen tai perusterveydenhuollon matalan kynnyksen, yhden oven periaatteella toimivien vastaanottojen yleistymistä (Ehdotus 2), kokemusasiantuntijamallien kehittymistä ja kokemusasiantuntijoiden ja vertaistuen käytön laajenemista (Ehdotus 3), lainsäädännön muutosten toteutumista, ulkopuolisten asiantuntijoiden arvioiden seurantaa, taloudellisten vaikutusten seurantaa tahdosta riippumattoman hoidon säännösten muutoksista, ulkopuolisen asiantuntijan arvion käytöstä ja pakon käyttöä vähentävästä ohjelmasta, asiakas-tyytyväisyyttä (Ehdotus 4) sekä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien perustoimeentuloturvan tasoa ja mahdollisuutta työllistyä työkyvyttömyyden perusteella myönnettyiltä etuuk-silta (Ehdotus 5).

Tavoitteisiin liittyviä toteutuneita toimenpiteitä

- STM:n asettama työryhmä on luovuttanut alkuvuodesta 2015 ehdotuksensa vammaispalvelulainsäädännön kehittämisestä. Diagnoosi tai vamman syntytyapa ei tehdyn ehdotuksen mukaan enää määritteli palvelujen saamista (STM 2015a).
- Kelan tukema psykoterapia on muuttunut harkinnanvaraisesta lakisääteisesti korvattavaksi kuntoutuspsykoterapiaksi. Lyhytkestoisen psykoterapian korvattavuutta on myös luvattu hallitusohjelmassa laajentaa siten, että sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta korvattaisiin myös terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 1 §:ssä tarkoitettujen nimikesuojattujen psykoterapeuttien antama psykoterapia, kun tähän on lääkärin lähete (ks. Eläketurvakeskus 2015).
- Kokemusasiantuntija- ja vertaistoimijatoimintaa on kehitetty Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana laajasti ympäri Suomen. Muun muassa Mielen avain -hankkeessa on kehitetty kokemusasiantuntijakoulutusta ja koulutuksen hyvät käytännöt on laadittu suosituksiksi (ks. Rissanen ym. 2015). THL on julkaisut aiheesta raportin (ks. Kostiainen ym. 2014), johon on koottu muun muassa konkreettisia ehdotuksia kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämiseksi.
- Vuonna 2011 perustettu Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi sekä verkoston Suomen osasto työskentelevät pakon käytön vähentämiseksi psykiatrisessa sairaalahoidossa. Valtakunnallinen työryhmä on saanut toimintaan mukaan lähes kaikki pakkoa käyttävät sairaalat. (THL 2015a.)
- Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana on tehty joitakin päihde- ja mielenterveyspotilaiden toimeentuloturvaa parantavia lainsäädäntömuutoksia, jotka ovat liittyneet pitkäaikaisempaan sosiaalivakuutuksen lainsäädännön kehittämistyöhön suhteessa yhteiskunnalliseen kehitykseen (Hallitusohjelman tavoitteet vuodelta 2009).
- Sosiaaliturvan uudistuskomitean (Sata-komitea 2007–2009) ehdotusten perusteella on otettu käyttöön ns. takuueläke, joka suurentaa pienimpiä eläkkeitä.
- Päihdehoidon osalta ei ole tapahtunut hoitoa tukevia muutoksia, esimerkiksi kuntoutusrahoikeuden laajentamista päihdeavokuntoutuksen ajalle.
- Osasairauspäivärahaa koskevaan lainsäädäntöön liittyen vuoden 2010 alusta edellytyksiä edeltävän työkyvyttömyysajan osalta lievennetty olennaisesti ja vuoden 2014 alusta on tullut voimaan osatyökykyisten työhön paluun ja työssä jatkamista tukeva säädösmuutos, joka pidentää osasairauspäivärahauden keston 120 päivään.
- Vuoden 2015 alusta alkaen opiskelijan on ollut mahdollista opiskella vähäisessä määrin saadessaan sairauspäivärahaa sairaudesta toipumavaiheen aikana.
- Vuoden 2010 alusta on tullut voimaan määräaikainen työhön paluun edistämislaki, jonka tarkoituksena on tukea työkyvyttömyyseläkkeellä olevien henkilöiden työllistymistä ilman pelkoa työkyvyttömyyseläkkeen menettämisestä. Vuonna 2014 lakiin tehtiin muutos, jonka mukaan työkyvyttömyyseläkkeen lepäämäänjättämisjaksojen välinen aika lyheni kolmesta kuukaudesta yhteen kuukauteen.
- Kuntoutusajan toimeentuloturvaa on pyritty kehittämään lakimuutoksilla. Ammatillisen kuntoutuksen osalta lakiin (Kansaneläkelaitoksen laki kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista) tehtiin 1.1.2014 alkaen muutos, jonka tavoitteena oli alentaa kynnystä päästä Kelan ammatillisen kuntoutuksen piiriin. Oikeus ammatilliseen kuntoutukseen lisättiin koskemaan myös opiskelijoita, kun lakimuutokseen kirjattiin työkyvyn heikentymisen lisäksi myös opiskelukyvyn heikentyminen. Lokakuusta 2015 alkaen Kelan kuntoutusrahaa koskeva laki muuttui niin, että sitä voidaan nykyisin maksaa myös käyntikerhojen ja muun osapäiväisen kuntoutuksen ajalta. Vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta koskeva lakimuutos tulee voimaan 1.1.2016; kuntoutuksen nimeksi tulee vaativa lääkinnällinen kuntoutus. Tavoitteena on edelleen saada kuntoutustoimia varhennettua ja vaikuttavuutta lisättyä.

Asiakkaan aseman vahvistamiseksi tehtyjen myönteisten toimenpiteiden ohella on huomioitava nykyisen hallituksen linjaukset muun muassa asumistuen indeksikorotusten poistamiseksi, lääkekorvausten korvaustason, sairauspäivärahojen, ansiosidonnaisen työttömyysturvan ja sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksen leikkaamiseksi sekä kunnallisten palvelujen asiakasmaksujen korottamiseksi. Nämä johtavat erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kohdalla selviin taloudellisen aseman heikennyksiin ja vaikeuksiin hyödyntää tarpeenmukaisia palveluita.

Hoitoonpääsy

Asiantuntijahaastatteluissa tuotiin esiin arvointiryhmänkin allekirjoittama näkemys siitä, että hoitotakuu ei palvele tällä hetkellä kovinkaan hyvin mielenterveys- ja päihdeongelmaisia. Hoitotakuu koskee nykyisellään kiireettömään hoitoon pääsyä, kun taas mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä hoidontarve on usein kiireellistä. Hoitotakuun seurantaan ja toteuttamiseen liittyy laajempaan problematiikkaan muun muassa hoidon kokonaisuuden tavoittamisen näkökulmasta. STM on käynnistänyt vuonna 2013 selvityksen hoitoon pääsyn määräaikaisten toimivuudesta (ks. Pelttari & Kaila 2014). Selvityksessä todetaan, että pelkkä hoidon saatavuustieto ei ole riittävää, vaan tarvitaan tietoa hoidon kokonaisuuden toteutumisesta, hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta.

THL:n (2015a) mukaan matalakynnyksisten palveluiden kehittämisessä on tapahtunut useilla alueilla kehitystä, mutta koko maan tilanne on varsin epätasainen.

Psykoterapia

Käypä hoito -suositusten mukaisesti psykoterapia on keskeinen ja tehokas hoitomuoto mielen terveyden häiriöissä. Kelan kuntoutuspsykoterapia on muuttunut harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta lakisääteiseksi vuonna 2011 (laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain muuttamisesta), minkä myötä myös psykoterapiakuntoutuksen käyttö on lisääntynyt merkittävästi. Kuntoutuspsykoterapia on ollut viime vuosina Kelan nopeimmin kasvava kuntoutus. Erityisesti 16–25-vuotiaille järjestettävä nuorten kuntoutuspsykoterapia on kasvanut. Siihen osallistuneiden kuntoutujien määrä kasvoi neljänneksellä vuodesta 2012 vuoteen 2014 (Partio 2014).

Psykoterapian saatavuudessa on kuitenkin suuria puutteita julkisen terveydenhuollon sisällä. Kelan kuntoutuspsykoterapiaan ohjaus asettaa myös potilaat eriarvoiseen asemaan liittyen esimerkiksi työsuhteen ja työterveyshuollon olemassaoloon. Työttömän, lievemmästä, mutta työkykyä potentiaalisesti uhkaavasta mielenterveydenhäiriöstä kärsivän, voi olla hyvin hankala saada psykiatrian erikoislääkärin arviota edellytyksestään kuntoutuspsykoterapiaan, jos hänen hoitonsa ei porrasteisuuden perusteella tapahdu psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa julkisella sektorilla. Voi myös olla, että huomion kiinnittyminen yksinomaan psykoterapian kuntoutuskäyttöön on omiaan hämärtämään sen roolia akuutissa hoitotoiminnassa ja varhaisen puuttumisen alueella. Psykoterapian saatavuuteen liittyvien haasteiden osalta olisi Mieli-suunnitelmaan tarvittu konkreettisempia toimintaehdotuksia.

Tahdosta riippumaton hoito

Mieli-suunnitelmaan sisältyvä muutostavoite, jonka mukaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevalla potilaalla tulee olla mahdollisuus ulkopuolisen lääkärin arvioon hoidon tarpeesta ennen kuin hoidon jatkamisesta tehdään päätös, tuli mukaan kesäkuussa 2014 voimaan astuneeseen mielenterveyslain muutokseen (laki mielenterveyslain muuttamisesta).

THL:n tilastoraportin (Rainio & Rätty 2015) mukaan M1-lähetteellä tulneiden potilaiden määrä on laskenut 27 % vuosien 2005–2013 välillä. Sairaanhoidopiirien väliset erot ovat kuitenkin suuria sekä M1-lähetteiden määrissä että tapahtuneessa kehityksessä (Liitekuvio 5). Myös alaikäisten tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon määrä vaihtelee sairaanhoidopiireittäin. Samoin vaihtelee se, onko tahdosta riippumatonta hoitoa onnistuttu vähentämään (Liitekuvio 4). Syömishäiriöiden osalta on 11.8.2014 julkaistu Käypä hoito-ohje tahdosta riippumattomasta hoidosta.

Mieli-suunnitelma asetti tavoitteeksi pakon käytön vähentymisen psykiatrisessa sairaalahoitossa noin 40 %:lla vuoteen 2015 mennessä. Pakkotoimien käyttöä tarkasteltaessa on todettavissa, että eristystä, sitomista ja kiinnipitoa kokeneiden potilaiden määrä on laskenut Suomessa vuosien 2006–2007 ja vuoden 2013 välisenä aikana. Vuonna 2006 pakkotoimia kohdistettiin koko maassa yhteensä 2535 potilaaseen, kun vuonna 2013 määrä oli 1631. Tahdosta riippumattoman injektion saaneiden määrän lasku sen sijaan kääntyi nousuun vuonna 2013. (Rainio & Rätty 2015.) Alueelliset erot pakon käytössä ovat edelleen Suomessa suuria, eikä tämä ole aikaisempien tutkimusten valossa selittynyt yksinomaan mielisairauksien ja vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden eroilla (Tuohimäki 2007), vaikka sairaaloiden välinen työnjako esim. vaikeahoitoisten potilaiden osalta vaikuttaa pakon käyttöön (Rovasalio & Jüriloo 2011). Alueellisiin eroihin pakon käytössä vaikuttanevat edelleen eniten hoitoyksiköiden paikalliset, hallinnolliset ja organisatoriset seikat (Korkeila 2006).

Työelämän mielenterveyttä ja mielenterveyskuntoutumista koskevat uudistukset

Mahdollisuus työllistyä työkyvyttömyyden perusteella myönnettyiltä etuuksilta oli yksi Mieli-suunnitelman toimeentuloturvaan kohdistuvan kehitystavoitteen seurantaindikaattori. Määräaikainen työhön paluun edistämislaki (2010–2013) tukee Kelan työkyvyttömyyseläkkeen saajalla eläkkeeltä työelämään siirtymistä tarjoten mahdollisuuden jättää työkyvyttömyyseläke lepäämään. Työeläkkeen saajalla tämä ei ole edelleenkaan mahdollista. Jossain määrin päihde- ja mielenterveyskuntoutujan työllistymistä voi edistää myös vuoden 2013 alussa tehty lakiuudistus (laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta), minkä myötä työkyvyttömyysetuus ei enää ole este työllistymispalvelujen, kuten ammatinvalinnanohjauksen, saannille.

Ammatillisen kuntoutuksen käyttö mielenterveyskuntoutujien keskuudessa on lisääntynyt työeläkekuntoutuksen ja Kelankin piirissä uuden kuntoutuslakimuutoksen jälkeen (Kelan kuntoutustilasto 2014). Työeläkekuntoutukseen osallistuminen on näyttänyt nostavan jonkin verran myös työsuhteessa jatkamisen todennäköisyyttä. Työllistymisvaikutukset näkyvät lyhyen aikavälin seurannassa ja ensi sijassa niillä, jotka ovat suorittaneet kuntoutusohjelmansa loppuun. Pidemmässä seurannassa työssä olleiden osuus alkaa laskea ja vastaavasti työllisen työvoiman ulkopuolella olleiden nousee.

Perustoimeentuloturvaan on tehty Mieli-suunnitelman aikana hieman heikennyksiä ja joitakin kohennuksia, mutta olennaista muutosta ei ole tapahtunut. Alkavan työkyvyttömyyseläkkeen tasoa nostettiin tulevan ajan ansion ja karttumisprosentin muutoksilla vuonna 2010. Toimeentuloturvan kehittämisen merkitys on tärkeä mielenterveyden häiriöistä kärsivien perusoi-keuksien kannalta, mutta melko vaikeasti toteuttavissa mielenterveys- ja päihdetyön kehittä-mishankkeen tavoitteena. Hoitoon sitouttamisen ja työelämään paluun edistämässä kuntou-tusjärjestelmän monimutkaisuus (Pirttijärvi 2013; Metteri 2012) on todennäköisesti suurempi este työllistymisen ja työelämään paluun polulla kuin toimeentuloturvaan liittyvät epäkohdat. Nykyisessä kuntoutusjärjestelmässä vaarana on, että asiakkaan kuntoutusketju voi katketa, taloudellisessa tuessa syntyy viiveitä ja asiakasta siirrellään toimijalta toiselle (Liukko & Kuu-va 2015). Kuntoutusjärjestelmän integraation edistäminen olisi näiden tavoitteiden (hoitoon sitouttaminen ja työelämään paluu) kannalta ollut relevantti kehittämisen kohde.

Arviointijohtopäätökset

- Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana asiakkaiden yhdenvertaisuuteen on kiinnitetty lisääntyvää huomiota ja tätä on tuettu myös hallinnollisin ja lainsäädännöllisin toimenpi-tein. Mieli-suunnitelmalla ja sen toimeenpanolla on ollut tähän osaltaan vaikuttavuutta.
- Asiakkaiden osallisuutta on kehitetty aktiivisella kokemusasiantuntijatoiminnalla, johon on liittynyt erillistä koulutustoimintaa ja kokemusasiantuntijuuden laatusuosituksia. Mieli-suunnitelmalla on ollut tässä informaatio-ohjaava rooli. Toimintaan on suunnattu voimava-roja Kaste-ohjelman kautta.
- Mielenterveyteen liittyvään työkyvyttömyyteen ja yksilön toimeentuloturvaan on kohdis-tettu aktiivisia hallinnollisia ja lainsäädännöllisiä toimia, joiden tavoitteena on kohentaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaisuutta ja osallisuutta. Vuoden 2016 bud-jettiesitys ja lähivuosien budjettikehys sisältävät kuitenkin olennaisia heikennyksiä mielen-terveys- ja päihdeongelmista kärsivien toimeentuloon.
- Tahdosta riippumattoman hoidon käytäntöihin on kohdistettu kehittämistyötä aktiivisen kampanjoinnin ja toimintakäytäntöjen implementoinnin kautta Mieli-suunnitelman tavoit-teiden suuntaisesti. Pakon käytön vähentämisen Pohjoismaisen ja kotimaisen verkostoitu-misen koordinaattorina on toiminut THL. Tahdosta riippumattoman hoidon lähteet ja hoitopäivät ovat olleet Mieli-suunnitelmakaudella laskussa.

Edistävä ja ehkäisevä työ

Mieli-suunnitelman toinen painopistealue tähtäsi mielenterveyden ja päihdeettömyyden edis-tämiseen ja mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyyn. Painopistealueen tavoitteina pidet-tiin alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämistä, yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämistä sekä yli sukupolvien siirtyvien ongelmien tunnistamista ja vähentämistä. Lisäksi todettiin, että edistävän ja ehkäisevän työn strategian tulee sisältyä kuntastrategiaan ja toteutua laaja-alaisesti palvelujärjestelmässä. Tavoitteena oli vahvistaa voimavaroja ja ongelmilta suojaavia tekijöitä ja vähentää riskitekijöitä

THL:n (2009) toimeenpanosuunnitelmassa todetaan tarvittavan erilaisia toimenpiteitä mielenterveys- ja päihdeongelmien sukupolvien yli siirtymisen ehkäisyyn. Vaikka suunnitelman konkreettiset tavoitteet ja niitä koskevat toimenpiteet ovat suhteellisen rajallisia, voidaan tässä yhteydessä tarkastella promootio- ja preventiotyön tilannetta suunnitelmakaudella myös hieman laajemmin. Erityisesti kehitystä kannattaa arvioida perheiden, lasten ja nuorten palveluissa, joissa promootio ja preventio ovat kokonaisterveyshyödyissä mitattuna oletetusti vaikuttavimmillaan.

Yli sukupolvien siirtyvien ongelmien tunnistamista ja lapsen luonnollisten kehitysympäristöjen suojaavien tekijöiden vahvistamista on pyritty tukemaan jo vuonna 2001 käynnistyneellä, alun perin THL:n hankkeena alkaneella Toimiva lapsi & perhe -työllä. Edelleen ko. työlle ja koulutukselle on tarvetta, sillä menetelmät eivät ole systemaattisesti juurtuneet sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Aitoa ja pitkäaikaista vaikuttavuutta syntyy todennäköisimmin silloin, kun koko perhettä tuetaan samanaikaisesti, vaikka esimerkiksi vain lasten ongelmiin puuttuminen olisi palvelujärjestelmän kannalta toiminnallisesti yksinkertaisinta.

Samaan aikaan Mieli-suunnitelman toimeenpanon kanssa oli meneillään STM:n toimeenpanema kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011, jonka linjaukset menivät osittain limittäin Mieli-suunnitelman kanssa. Linjausten mukaan terveyseroja tuli kaventaa mm. vähentämällä köyhyyttä ja asunnottomuutta, kehittämällä kouluterveydenhuollon valmiuksia ennaltaehkäisyyn, vähentämällä koulukiusaamista, lisäämällä oppilaiden osallisuutta, ennaltaehkäisemällä koulupudokkuutta ja suuntaamalla voimavaroja koulutuksesta, varusmiespalveluksesta tai työelämästä pudonneisiin nuoriin aikuisiin. Nuorille tuli lisätä matalan kynnyksen ohjauspaikkoja. Alkoholin kulutusta oli tarkoitus suitsia alkoholiveron nostolla. Vaikka mielenterveyttä ei toimintaohjelmassa nimenomaisesti mainittu juuri muissa kuin mielenterveytyön kehittämisen ja vahvistamisen kohdassa (jossa toimenpiteenä mainittiin Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman laatiminen), kaikki edellä mainitut tavoitteet ja linjaukset ovat omiaan ennaltaehkäisemään mielenterveyden häiriöitä ja kehittämään positiivista mielenterveyttä.

Lisäksi Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelmassa lastensuojelun, päihdehuollon ja mielenterveyspalvelujen yhteistyötä esitettiin kehitettäväksi sekä näiden palvelujen piiriin tulevien lasten ja nuorten tarpeisiin vastaamiseksi että aikuispalveluihin hakeutuvien henkilöiden lasten palvelutarpeen huomaamiseksi. Tällä tähdättiin yli sukupolvien siirtyvien ongelmien ketjun katkaisemiseen samoin kuin Mieli-suunnitelmalla.

Lasten Kaste-ohjelman ensimmäisellä kaudella lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelut oli tarkoitus järjestää uudelleen niin, että kehitystä tukevat, ongelmia ja häiriöitä ehkäisevät sekä korjaavat palvelut nivotaan perustasolla yhteen yli sektorirajojen. Erityispalvelujen rooliksi kaavailtiin peruspalvelujen tukeminen ja jalkautuminen lasten ja nuorten toimintaympäristöihin. (Hastrup ym. 2013).

Runsaasti informaatio-ohjausta on ollut tarjolla ja hyviä käytänteitä on pyritty levittämään koulutustilaisuuksissa ja verkkosivuilla ja sähköisillä alustoilla (mm. Innokylä). Lasten Kaste -hankkeille luotiin teemaverkostot yhteisen oppimisen, kokemusten jakamisen ja käytäntöjen levittämisen foorumiksi.

Ehdotusten toteutuminen kyselyn ja haastattelujen valossa

Mieli-suunnitelman arviointia varten toteutetuissa asiantuntijahaastatteluissa ja -kyselyssä todettiin, että Mieli-suunnitelman myötä on tultu tietoisemmaksi mielenterveyden edistämisestä. Toisaalta useissa asiantuntijahaastatteluissa koettiin, että edistävää ja ehkäisevää työtä koskeva painopistealue on jäänyt vähemmälle huomiolle ja että tällä saralla olisi vielä paljon parannettavaa. Lisäksi koettiin, että resursseja ennaltaehkäisevään ja edistävään työhön on ollut vaikea löytää. Resursseilla tarkoitettiin sekä taloudellisia resursseja että osaamista ja ajankäytön johtamista ja hallintaa käytännön työssä. Kansallista vastuutahoa vaikuttavien toimintamuotojen juurruttamiseksi kaivattiin.

Kyselyvastausten mukaan yli sektorirajojen toimivaa työtä vaikeuttaa sektorien kilpailu resursseista ja siitä, mikä tahoista on se, jolla on valta määrittellä ongelmat ja niiden ratkaisukeinot. Ongelmat tiedonvaihdoissa yli sektorirajojen ovat edelleen osin ratkaisematta. Erikoissairaanhoido ei aina koe ennaltaehkäisyä lainkaan omaksi työmaakseen: *"perustehtävä on vakavasti sairaiden hoito"*; vaikka nimenomaan vakavasti sairaiden aikuisten hoidossa olisi tärkeää muistaa lasten ongelmien ennaltaehkäisy. Henkilöstön kouluttaminen tutkitusti toimivien menetelmien käyttöön, uudet hankkeet ja lakimuutokset sekä yleisen tietoisuuden kasvu esim. lasten ja nuorten tilanteesta ovat puolestaan toimineet ennaltaehkäisyyn kannustavina tekijöinä. Kaikkialla sektorirajat ylittävää toimintaa ei ole koettu intressien taisteluelämäksi, vaan

rakenteiden uudistaminen on tuonut mukanaan innostumisen yhteistyöstä. Paikoin oli saatu lisäresursseja ja myös kokemusasiantuntijoiden kerrottiin tuoneen uutta otetta toiminnan kehittämiseen. Sitoutuminen kehittämistyöhön ja ennaltaehkäisytoiminnan strateginen johtaminen on koettu asenteita muuttavaksi ja käytännön toimia lisääväksi: *”en tiedä tilastoja eli käytännön onnistumista, mutta hyvästä tahtotilasta saa jo pisteitä”*.

Toimenpiteet ja tavoitteiden toteutuminen

Toimenpiteiden toteutuminen

Vuonna 2009 tuli voimaan neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskeva valtionneuvoston asetus. Vuonna 2011 tulivat lisäksi voimaan määräaikaista terveystarkastuksia koskevat säännökset (338/2011). Asetuksen tarkoituksena oli ehkäisevää toimintaa tehostamalla varmistaa lasten, nuorten ja perheiden terveysneuvonnan ja terveystarkastusten suunnitelmallisuus, yhtenäinen taso sekä yksilöiden ja väestön tarpeiden huomioiminen. Asetuksella pyritään vahvistamaan mielenterveyden edistämistä, joka on aina osa terveyden edistämistä. (STM 2009b.) TEAvisarin tiedonkeruun mukaan määritelmän mukaiset laajat terveystarkastukset olivat toteutuneet äitiys- ja lastenneuvoloissa vuonna 2013 eri sairaanhoitopiirien alueilla pääsääntöisesti kattavasti. Joillain alueilla keskiarvot jäivät muita alhaisemmiksi (ks. Liitekuvio 25). Myös kouluterveydenhuollossa määritelmän mukaiset laajat terveystarkastukset olivat toteutuneet vuonna 2013 lähes joka alueella (ks. Liitekuvio 26).

Uusia ohjeistuksia kouluterveydenhuollon ja lastensuojelutyön kehittämiseksi on laadittu ja kiusaamisen vähentämiseen ja ennaltaehkäisyyn kehitetty KiVa-koulu -ohjelma laajennettu koko maahan. Tutkimusten mukaan KiVa-koulu -ohjelma näyttää toimivan paremmin lapsilla (Kärnä ym. 2011) kuin nuorilla (Kärnä ym. 2013). Viikoittain kiusattujen osuus yläkouluikäisistä ei kuitenkaan ole kouluterveyskyselyn mukaan 2000-luvulla vähentynyt.

Lasten Kaste-hankkeissa on kehitetty erilaisia verkostotyömalleja, mm. lasten ja lapsiperheiden palveluja yhteen kokoavia perhekeskuksia. Toimiva lastensuojelu -raportin (STM 2013a) ja sen toteuttamissuunnitelman (STM 2014) yhtenä toimenpiteenä on turvallisiksi, käyttökelpoiseksi ja vaikuttavaksi todettujen Toimiva lapsi & perhe -työmenetelmien levittäminen aikuisten palveluihin valtakunnallisesti.

Oppilaiden osallisuutta peruskouluissa on kehitetty jo ennen Mieli-suunnitelmaakin erilaisissa osallisuushankkeissa. Lasten, nuorten ja perheiden osallisuutta ja kumppanuutta universaaleissa palveluissa kannustettiin vahvistamaan Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan toimenpide-ehdotuksissa mm. kouluttamalla lasten, nuorten ja perheiden kanssa toimivia osallisuuden merkityksestä, huomioimalla osallisuus normi- ja informaatio-ohjauksessa, kehittämällä osallisuutta lisääviä toimintatapoja sekä tiedottamalla lapsia, nuoria ja perheitä oikeuksistaan (STM 2010). Edelleen kehittämisen tarve on tunnistettu, sillä perusopetuslakiin tehtiin vuonna 2013 lisäys, jossa nimenomaisesti sanottiin, että ”Opetuksen järjestäjän tulee edistää kaikkien oppilaiden osallisuutta ja huolehtia siitä, että kaikilla oppilailla on mahdollisuus osallistua koulun toimintaan ja kehittämiseen sekä ilmaista mielipiteensä oppilaiden asemaan liittyvistä asioista. Oppilaille tulee järjestää mahdollisuus osallistua opetussuunnitelman ja siihen liittyvien suunnitelmien sekä koulun järjestyssäännön valmisteluun.” Tosin ainoa laissa mainittu käytännön keino on oppilaskuntatoiminta eli edustuksellinen osallistuminen.

Myös lastensuojelun asiakkaiden osallisuuden toteutumisessa on todettu puutteita ja kehitystyötä mm. lastensuojelun kokemusasiantuntijoiden vertaisryhmätyön vakiinnuttamiseksi on tehty (STM 2013a).

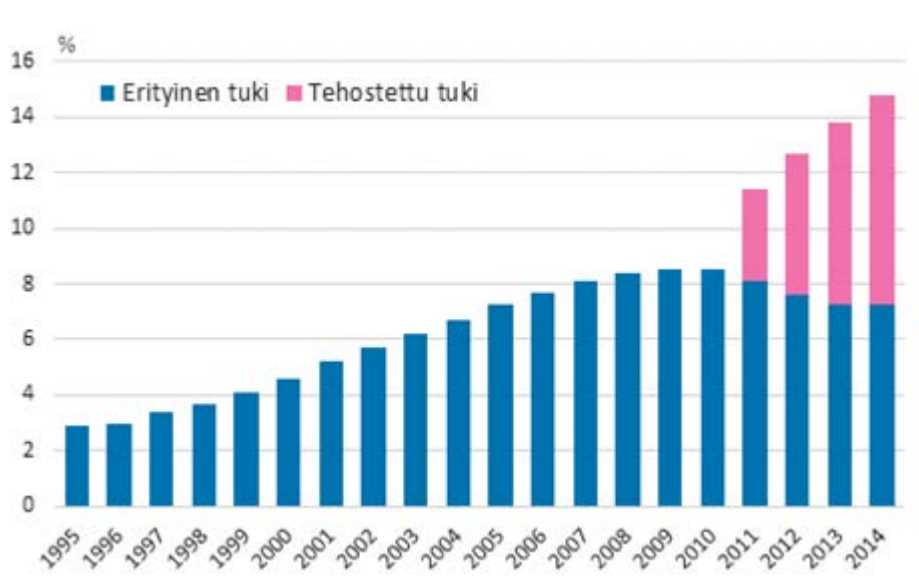
Asetettujen tulostavoitteiden toteutuminen

Mieli-suunnitelman väliraportissa (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielen-terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015) seurannan välineiksi ehdotettiin seuraavia indikaattoreita:

- Alkoholijuomaveron ja alkoholin kokonaiskulutuksen taso
- Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toteutuminen
- Erityisopetuksen muutoksen seuranta
- Lähidemokratian kehittyminen ja osallisuutta kuvaavien indikaattoreiden seuranta: asukkaiden aktiivisuus paikallisvaaleissa, osallistuminen paikallisiin yhdistyksiin

- Riskiryhmiin kohdistuvien työmallien käytön laajuus
- Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman, Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman sekä Terveystuen edistämisen politiikkaohjelman toteutuminen edellä kuvattujen toimenpiteiden osalta

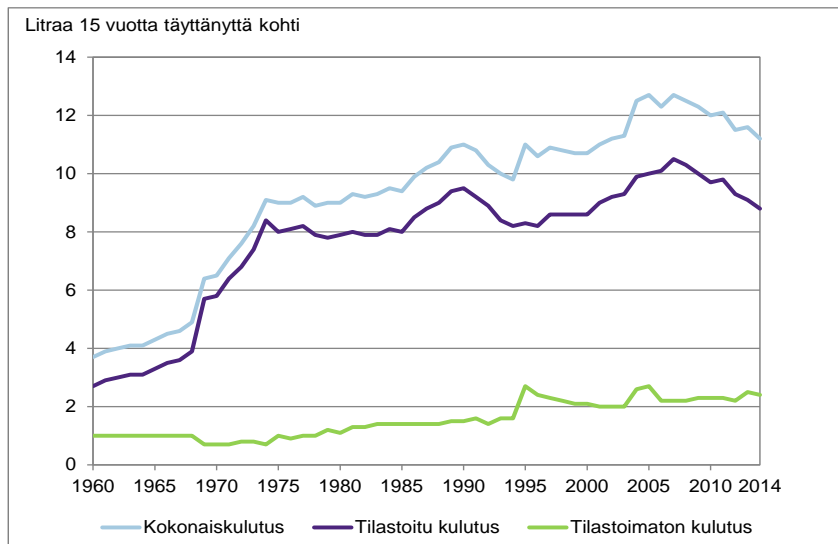
Oppimisen ja koulunkäynnin tuki jaetaan nykyisin yleiseen, tehostettuun ja erityiseen tukeen. Erityisen tuen järjestäminen edellyttää pedagogista arviota erityisen tuen tarpeesta (eli siitä, millä perusteella kasvun, kehityksen ja oppimisen tavoitteet eivät toteudu riittävästi muilla tukitoimilla). Vuodesta 2009 alkaen erityistä tukea saavien peruskoululaisten määrä on hiljalleen laskenut, mutta tehostettua tukea saavien määrä jatkuvasti kasvanut (Kuvio 10). Erityisen tai tehostetun tuen piirissä olevien lasten osuus vaihtelee maakunnittain. Osa-aikaista erityisopetusta saavien osuudessa ei juuri ole tapahtunut muutoksia 2000-luvulla. Erityisopetusta saavien ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden osuus on viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana koko ajan kasvanut (Tilastokeskus 2015). Toisaalta tehostetun tuen saamisen lisääntyminen voi kieliä ennaltaehkäisevän otteen tehostumisesta koulumaailmassa. Psykososiaaliset ongelmat ja oppimisen vaikeudet ovat mielenterveyden ongelmia ennustavia tekijöitä. Toisaalta on huomioitava, että osuudet ovat suuria. Jos joka seitsemäs oppilas tarvitsee tukitoimia selvittääkseen kaikille kansalaisille tarkoitettua peruskoulussa, saattaa peruskoulussa olla oppilashuoltoa laajemmin kehittämisen tarvetta.



Kuvio 10. Tehostettua ja erityistä tukea saaneiden peruskoululaisten osuus kaikista peruskoululaisista 1995–2014, %. Vuosien 1995–2010 erityisopetukseen otetut ja siirretyt oppilaat on rinnastettu erityistä tukea saaneisiin oppilaisiin. (Lähde: Tilastokeskus 2015).

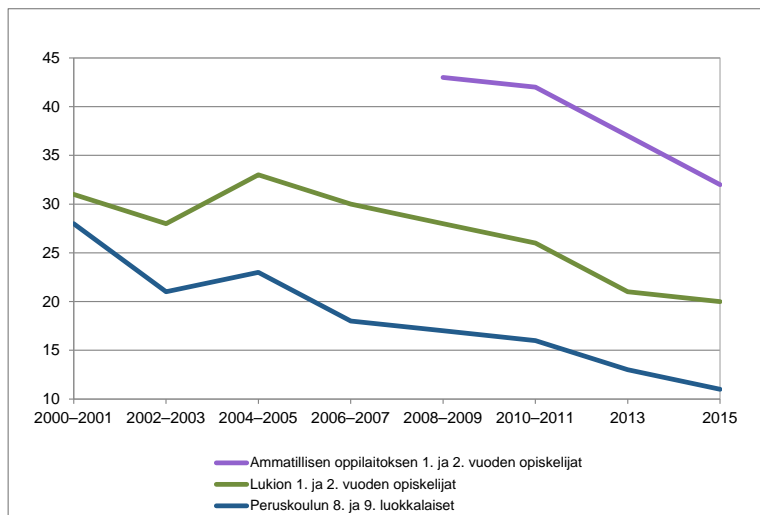
Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon henkilöstömitoitussuosituksen toteutuminen on vuodesta 2009 vuoteen 2013 kaiken aikaa parantunut (Wiss ym. 2014a).

Alkoholiveroa on korotettu useaan otteeseen ja alkoholin kokonaiskulutus on tilastojen mukaan vähentynyt (Kuvio 11). Erityisesti väkevien juomien kulutus on laskenut viime vuosina. (Varis & Virtanen 2015.)

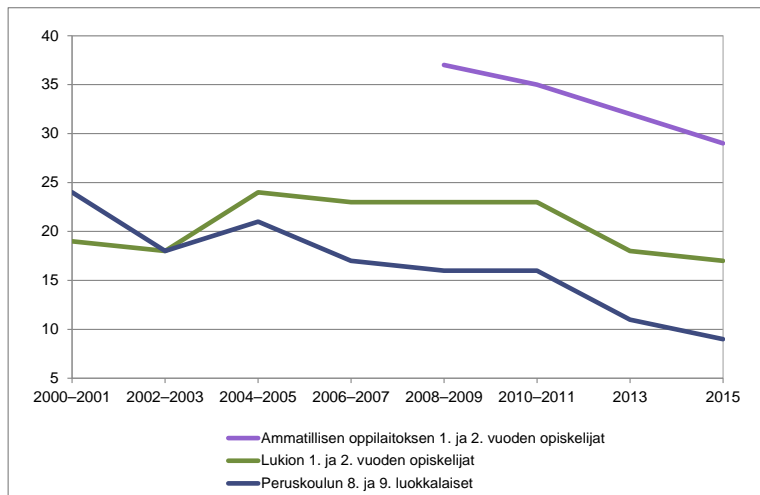


Kuvio 11. Alkoholijuomien kulutus 100-prosenttisena alkoholina 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti 1960–2014. (Lähde: Varis & Virtanen 2015)

Alaikäisten ja nuorten aikuisten humalahakuinen alkoholin kulutus on THL:n (2015d) tilastojen mukaan laskenut (Kuviot 12 ja 13).



Kuvio 12. Humalahakuisesti alkoholia kuukausittain juovien 14–20-vuotiaiden poikien osuus 2000–2015. *Humalahakuisesti alkoholia kuukausittain juovaksi määritellään vastaaja, joka juo alkoholia tosi humalaan asti joko 1-2 kertaa kuukaudessa tai useammin (Lähde: THL 2015d).



Kuvio 13. Humalahakuisesti alkoholia kuukausittain juovien 14–20-vuotiaiden tyttöjen osuus 2000–2015. *Humalahakuisesti alkoholia kuukausittain juovaksi määritellään vastaaja, joka juo alkoholia tosi humalaan asti joko 1-2 kertaa kuukaudessa tai useammin (Lähde: THL 2015d).

Alkoholin kulutuksen laskua voidaan pitää mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyn kannalta erittäin positiivisena kehityskulkuna.

Alaikäisten kansalaisten osallisuutta voidaan tarkastella oppilaiden mahdollisuutena osallistua koulun erilaisten sääntöjen ja toimien suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. Tällä mittarilla tarkasteltuna se ei vuodesta 2010 alkaen juuri ole kehittynyt (Wiss ym. 2014b). Lain kirjain ja henki eivät vielä toteudu, sillä osallisuuden ei tule olla vain lapselle heikosti hahmotuvaa edustuksellista toimintaa, vaan lasten ja nuorten kuulemista arjen tilanteissa (Kiilakoski 2014). Sama pätee osallisuuteen lastensuojelussa. Osallisuuden ei pitäisi tarkoittaa vain sitä, että perheenjäsenet osallistuvat kokemusasiantuntijoiden vertaisryhmässä palvelujen kehittämiseen. Lasten ja nuorten näkemyksiä olisi kuultava ja otettava huomioon heidän omaa arkeaan koskevilla ratkaisuilla ja interventioilla.

Vuoden 2014 sosiaalibarometrissä todetaan, että kuntajohtajien mielestä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutuu heidän alueellaan entistä paremmin. Avovastauksissa todettiin mm. että ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on otettu aidosti osaksi kaupunkistrategiaa ja eri toimijatahot yhdessä kansalaisten kanssa toimivat hyvinvoinnin edistämiseksi. Kiristynyt talous tuo toisaalta positiivisessakin mielessä painetta toimia toisin kuin aiemmin”. Toisaalta osa kuntajohtajista oli sitä mieltä, että kiristynyt talous ja sote-uudistuksen aiheuttama epävarmuus estävät vakavasti ennaltaehkäisevän työn strategista suunnittelua. (Eronen ym. 2014.) Sosiaalibarometrissä aihetta kuitenkin käsiteltiin yleisluontoisesti eikä mielenterveyden edistäminen erikseen noussut esiin.

Arviointijohtopäätökset

- Edistävän ja ehkäisevän työn painopistealueen tavoitteet olivat Mieli-suunnitelman väljimminkin määritellyjä. Alkoholin kokonaiskulutus on suunnitelman toimintakauden aikana vähentynyt, mihin suunnitelluilla ja toteutuneilla alkoholiverotuksen korotuksilla oli vaikutusta.
- Yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämiseen sekä yli sukupolvien siirtyvien ongelmien tunnistamiseen ja vähentämiseen liittyviä toimenpiteitä ei Mieli-suunnitelmassa ole esitetty tai sen toimeenpanon yhteydessä konkretisoitu. Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana on kuitenkin toteutunut monia lapsiin, nuoriin ja perheisiin kohdistuneita hankkeita, joiden yhteyttä Mieli-suunnitelmaan ei voida yksiselitteisesti osoittaa, vaan ne voivat liittyä myös muihin kansallisiin tai alueellisiin ohjelmiin.
- Yleinen arvio sekä asiantuntijahaastatteluiden että sähköisen kyselyn tulosten mukaan oli, ettei edistävän ja ehkäisevän työn painopistealueella olla onnistuttu suunnitelman sisällön tai toimeenpanon osalta kovin hyvin. Tämä näkyi erityisesti niiden vastaajien kohdalla, joiden palveluiden kohderyhmänä olivat lapset ja nuoret.
- Ennaltaehkäisyn tärkeyttä on korostettu vuodesta ja vuosikymmenestä toiseen. Silti näkemykset varhaisemman puuttumisen terveyshyödyistä eivät ole siirtyneet päätöksenteon tasolle. Mieli-suunnitelman toimeenpanon suhteellinen painottuminen psykiatrisen ja päih-

dehuollon hoitojärjestelmiin pikemminkin kuin esimerkiksi toimeentuloturvan, työelämän, koulun, median ja kulttuurin alueella tapahtuvaan mielenterveyden edistämiseen oli ennaltaehkäisyn kannalta ilmeinen virhe. Mielenterveyden edistäminen positiivista mielenterveyttä vahvistamalla on vielä osin vieras ajatus.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisen painopistealue tähtäsi kunnan vastuuseen monipuolisen palvelukokonaisuuden koordinoinnissa, perus- ja avopalvelujen tehostamiseen sekä eri ikäryhmien tarpeiden huomioon ottamiseen.

Ehdotusten toteutuminen kyselyn ja haastattelujen valossa

Mieli-suunnitelman ulkoista arviointia varten toteutetun kyselyn vastaajista lähes kolmasosa arvioi omassa organisaatiossaan tai vastuualueellaan kehitetyn uusia palvelukokonaisuuksia huomattavasti aikaisempaa enemmän ja noin 40 % vastaajista jonkin verran enemmän. Kuitenkin vastaajista viidesosa (22 %) arvioi Mieli-suunnitelmalla olleen vain vähän ja kolmasosa (35 %) kohtalaisesti vaikutusta palveluiden parantumiseen omalla vastuualueellaan.

Mieli-suunnitelman ulkoista arviointia varten tehdyissä asiantuntijahaastatteluissa ja -kyselyssä nähtiin, että perus- ja avohoitopalvelujen tehostamisessa on menty Mieli-suunnitelman toimintakaudella eteenpäin. Useissa haastatteluissa ja kyselyvastauksissa todettiin, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteyttä on lisätty, avopalveluja on kehitetty ja perustason osaamista lisätty. Lisäksi monissa haastatteluissa todettiin, että työnjako ja yhteistyö perus- ja erikoissairaanhoidon välillä on jossakin määrin kehittynyt. Haastatteluissa nostettiin myös esiin, että sairaalahoidon järjestäminen on sujunut suunnitelman linjausten mukaisesti ja että sairaansijoja on vähennetty. Haastatteluissa todettiin, että tavoite sairaansijojen vähentämisestä on hyväksytty laajasti kentällä. Toisaalta haastatteluissa tuotiin esiin myös suuret alueelliset erot laitospaikoissa ja todettiin, että kehittämistyöhön on edelleen tarvetta.

Toimenpiteet ja tavoitteiden toteutuminen

Mieli-suunnitelmassa palvelujen järjestämisen painopistealueen seurannan välineiksi ehdotettiin seuraavia indikaattoreita:

- asiakaspolkujen sujuvuuden seuranta sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereitä hyödyntämällä, asiakastytyytyväisyys (Ehdotus 8),
- sosiaali- ja terveyskeskusten matalan kynnyksen vastaanottojen perustaminen, depressio- ja päihdehoitajamallien yleistyminen, päihtyneiden selviämisasemien perustaminen, avohoidon käyttö, psykiatristen ja päihdehuollon laitosten sairaansijojen ja vuodepaikkojen määrä, asumispalveluissa asuvien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten määrä (Ehdotus 9),
- lasten ja nuorten palveluiden kehittyminen osana Kaste-ohjelmaa, lastensuojelun laatusuosittelusten toteutuminen (Ehdotus 10),
- mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien sairauspoissaolojen sekä työkyvyttömyyseläkkeiden ja alkoholi-kuolemien määrän muutokset, osasairauspäivärahan ja osatyökyvyttömyyseläkkeiden määrien muutosten seuraaminen (Ehdotus 11),
- työvalmentajan tukeen perustuvan tuetun työllistymisen yleistyminen ja työttömien terveystarkastukset (Ehdotus 12),
- ikääntyvien päihde- ja mielenterveysongelmien yleisyys, ikääntyneille suunnattujen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittyminen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttö ikääntyneillä sekä palvelujen kehittyminen osana Kaste-ohjelmaa (Ehdotus 13).

Avopalveluita on tehostettu muun muassa depressio- ja päihdehoitajamallien avulla. TEA-viisarin vuoden 2014 tiedonkeruun mukaan depressiohoitaja on ollut käytettävissä terveyskeskuksessa omana toimintana tai ostopalveluna paikoin kattavasti, mutta alueelliset erot sairaanhoidopiirien välillä ovat suuria (Liitetaulukko 20). Päihdehoitaja näyttäisi olleen käytettävissä terveyskeskuksissa omana toimintana tai ostopalveluna depressiohoitajaa yleisemmin, mutta myös tässä on nähtävissä selvää alueellista vaihtelua (Liitekuvio 21).

Psykiatrasta laitoshoidoa kuvaavia tilastoja tarkasteltaessa on havaittavissa, että sekä hoitopäivät, potilaiden määrä että hoitajaksot ovat vähentyneet viime vuosien aikana (Liitekuvio 10, 11 ja 12). Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit eivät ole kuitenkaan merkittävästi lisääntyneet (Liitekuvio 13). Päihdehuollossa vastaavaa muutosta ei ole havaittavissa, kun tarkastellaan päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleiden asiakkaiden määriä (Liitekuvio 8).

Myös alueelliset vaihtelut kehityssuunnissa ovat päihdehuollossa suurempia. Päihdehuollon avopalveluiden asiakkaiden määrä on ollut laskusuuntainen (Liitekuvio 9).

Sähköisten palvelujen käyttöönottoa on kehitetty. Esimerkkeinä tästä työstä ovat mm. Mielenterveystalo, Nuorten Mielenterveystalo sekä A-klinikkasäätien VERA -verkkoavusteinen päihdekuntoutusohjelma.

Tavoitteisiin liittyviä toteutuneita toimenpiteitä

Kehittämishankkeita

- Palvelukokonaisuuden koordinoitua koskevan ehdotuksen toimeenpanoa on tuettu useissa mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeissa (mm. Mielen avain, Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille (PPPR), Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä).
- Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyötä sekä ikääntyvän väestön mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevien tavoitteiden toteutumista on edistetty ja palveluita kehitetty useissa Kaste-hankkeissa. Tässä raportissa lasten ja nuorten palveluiden tilannetta on kuvattu tarkemmin edistävää ja ennaltaehkäisevää painopistealuetta käsittelevässä luvussa.
- Ikääntyneiden hyvinvointia on pyritty edistämään muun muassa ”Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa” -käsikirjan avulla (Tamminen & Solin 2013), joka on osa Euroopan Komission terveysohjelman tuella vuosina 2010–2013 tehtyä kansainvälistä yhteistyöhanketta. Mielenterveyden edistämisen käsikirjat (Mental Health Promotion handbook) -hankkeen tavoitteina on ollut sekä vahvistaa henkilöstön osaamista mielenterveyden edistämässä että antaa välineitä mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen organisaatioissa.
- Vanhustyön keskusliiton koordinoiman Raha-automaattiyhdistyksen avustushjelman ”Eloisa ikä” (2012–2017) tavoitteina on luoda edellytyksiä ikäihmisten hyvälle arjelle, kehittää paikallisia hyviä yhteistyömalleja sekä vaikuttaa yhteiskunnan ja kansalaisten asenteisiin (Vanhustyön keskusliitto 2015). Ohjelman puitteissa on tehty kattavasti työtä ikääntyneiden kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi.
- Työterveyshuollon roolia työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on ollut tukemassa STM:n vuonna 2007 käynnistämä masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi suunnattu Masto-hanke (STM 2011a). Masto-hankkeen tavoitteina oli edistää työhyvinvointia lisääviä käytäntöjä työelämässä, kehittää varhaista tukea työssä selviytymisen ongelmiin ja korostaa masennuksen hyvää hoitoa ja kuntoutusta, jotka tukevat työssä jatkamista ja työhön paluuta. Yksi merkittävä hankkeeseen liittyvä kokonaisuus oli työterveyshuollon toiminnan kehittäminen ja siihen liittyen työpaikan, työterveyshuollon ja psykiatrian yhteistoiminnan edistäminen. Keskeistä toiminnassa oli myös masennuksen alkuvaiheen hoidon tukeminen peruspalveluissa.
- Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushanke (PTT) oli THL:n koordinoima valtakunnallinen hankekokonaisuus vuosina 2007–2010. Sen tavoitteina oli kiinnittää terveydenhoito ja terveyspalvelut muihin työttömän asiakkaan työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin prosesseihin ja juurruttaa hyviä toimintamalleja sekä levittää niistä tietoa.
- Työ- ja elinkeinoministeriö asetti työryhmän tekemään ehdotukset työttömien työkyvyn arvioinnin ja terveyspalvelujen järjestämiseksi. Työryhmä ehdotti, että TEM ja STM yhdessä seuraavat ja arvioivat terveystarkastusten toteutumista ja vaikutuksia. Työryhmä piti PTT-hankkeen suositusten ja toimenpideehdotusten toimeenpanoa tärkeänä työttömien työmarkkinoille kuntouttamisen näkökulmasta. (Saikku & Sinervo 2010.)

Hallinnollisia ja lainsäädännöllisiä muutoksia

- Työterveyshuoltoon liittyen Kelan korvauskäytännöissä tehtiin muutoksia vuonna 2011 ehkäisevän työterveyshuollon korvauksiin. Kela alkoi tukea hyvän työterveyshuoltokäytännön toteutumista työpaikoilla korvaamalla työnantajille yrityksen tarpeista lähtevän ehkäisevän työterveyshuollon ja sen yhteydessä järjestetyn sairaanhoidon hyväksyttävistä kustannuksista 50 % laskennalliseen enimmäismäärään asti. Korvaus ehkäisevästä työterveyshuollosta on kuitenkin 60 % silloin, kun työnantaja on sopinut työterveyshuollon palveluntuottajan kanssa työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimintakäytännöistä. Korvausjärjestelmän muutos aktivoi työterveyshuoltoa ottamaan työkyvyn tuen toimintakäytännöt puheeksi yritysten kanssa ja malleja on rakennettukin. Käytännössä kuitenkin vain osalla työpaikoista varhaisen tuen ja työkyvyn tuen mallit ovat jäsentyneet arkitoiminnan osaksi.

- Uusi asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä edellyttää työnantajalta, työntekijöiltä ja työterveyshuollolta entistä tiiviimpää yhteistyötä.
- Sairausvakuutuslakia ja työterveyshuoltolakia uudistettiin uusilla säädöksillä 1.6.2012. Uudistukset koskivat sairaspäivärahan maksamisen edellytyksiä tavoitteenaan työkyvyttömyyden pitkittymisen ehkäisy.
- Vuoden 2013 alusta voimaan tullessa laissa julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta ammatillista kuntoutusta tarjotaan asiakkaille, joilla vamma tai sairaus vähentää mahdollisuuksia saada työtä, säilyttää työ tai edetä työssä. Työhönvalmennus on uuden lain mukaan tarkoitettu henkilöasiakkaille, jotka tarvitsevat tukea työmarkkinoille siirtymiseen ja siellä pysymiseen.
- Yhteiskuntatakuu, joka on ollut käytössä vuodesta 2005, laajeni nuorisotakuuna alle 25-vuotiaiden lisäksi myös 25–29-vuotiaisiin vastavalmistuneisiin työttömiin työnhakijoihin. Molemmista takuumalleissa keskeinen ajatus on tukitoimenpiteiden nopea tarjoaminen. Nopeudella pyritään ehkäisemään työttömyyden pitkittymistä ja siitä seuraavia ongelmia (Hallitusohjelma, TEM 22.6.2011).
- Vuoden 2013 alussa tehtiin lakiuudistus, joka nimettiin laiksi julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta. Sen myötä työkyvyttömyysetuus ei enää ole työllistymispalvelujen saannin este, kuten esim. ammatinvalinnanohjauksen saamiselle. Palkkatukea voidaan käyttää myös sellaisen työttömän työnhakijan työllistymisen edistämiseen, jonka vamma tai sairaus olennaisesti ja pysyvästi tai pysyväisluonteisesti alentaa tuottavuutta tarjolla olevassa tehtävässä.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio

Mieli-suunnitelma ehdotti erikoistason psykiatrinen ja päihdehuollon erityispalveluiden avohoitoyksikköjen yhdistämistä. Tavoitteena on organisaatiotasolla integroida nämä aiemmin erillään olleet yksiköt saman hallinnon alle. Yhdistetyissä yksiköissä on tarkoitus luoda paremmat edellytykset hoidon asiakastason integraatiolle yhdistämällä mielenterveys- ja päihdehoidon osaaminen ottaen huomioon mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikaisuus. Organisaatiotason integraatio ei välttämättä johda asiakastason integraatioon tai johtaa siihen viiveellä. Organisaatiotason integraation toteutuminen voitaisiin asianmukaisilla seurantamenetelmillä yksiselitteisesti todeta, kun taas asiakastason integraation toteutumisen seuranta vaatisi huomattavia resursseja.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integroitumiskehitys on alkanut jo ennen Mieli-suunnitelmaa. Osassa maata mielenterveystoimistopalvelut siirtyivät 1990-luvulta lähtien sairaanhoitopiireiltä terveyskeskuksille, ja erityisesti näissä kunnissa on syntynyt yhdistettyjä psykososiaalisten palveluiden tai mielenterveys- ja päihdepalveluiden yksiköitä jo ennen Mieli-suunnitelmaa (Kokko ym. 2009). Erikoissairaanhoidon puolella integroituja yksiköitä oli lähinnä joissakin yliopistollisissa keskussairaaloissa, erityisesti opioidikorvaushoidon tarpeen arviointitoimintaa liittyen.

Mieli-suunnitelman julkaisemisvuonna kunnista noin 20 %:lla oli jollakin tavalla hallinnon tasolla integroituja mielenterveys- ja päihdepalveluita (Kokko ym. 2009; Stenius ym. 2012). Tämä luku ei kuitenkaan viittaa suoraan yhdistettyihin mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoitoyksiköihin, ja integroitumisen lähtötaso ennen Mieli-suunnitelmaa ei ole tiedossa. Suunnitelman tavoitteiden mukaista avohoitoyksikköjen yhdistämistä tiedetään kuitenkin tapahtuneen eri puolilla Suomea. Näin on tapahtunut mm. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä. Lisäksi on tapahtunut myös muunlaista integraatioketjua. Esimerkiksi Kaarinassa perustettiin ei-integroitujen yksiköiden rinnalle integroituja palveluja tuottava Vintti, joka tuottaa osan kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluista. Erityistasolla, jossa integraation vaikuttavuushyödyistä on erityistä näyttöä, kehitystä on tapahtunut toistaiseksi vähänläisesti.

Mieli-suunnitelman ulkoista arviointia varten tehdyissä asiantuntijahaastatteluissa ja -kyselyssä tuli esille erilaisia tulkintoja siitä, miten mielenterveys- ja päihdepalveluiden integroituminen olisi parasta toteuttaa. Joidenkin mielestä integraatio voi toteutua vain, jos aiemmin erillään olleet psykiatrinen ja päihdehuollon yksiköt yhdistyvät hallinnollisesti, sijoittuvat samoihin tiloihin ja samassa työryhmässä toimii sekä psykiatrin että päihdehoidon ammattilaisia. Joissakin arvioissa löyhempi tiivistyvään yhteistyöhön perustuva integraatio nähtiin riittävänä. Osaratkaisuna esiin nostettiin myös yhteiset tietojärjestelmät.

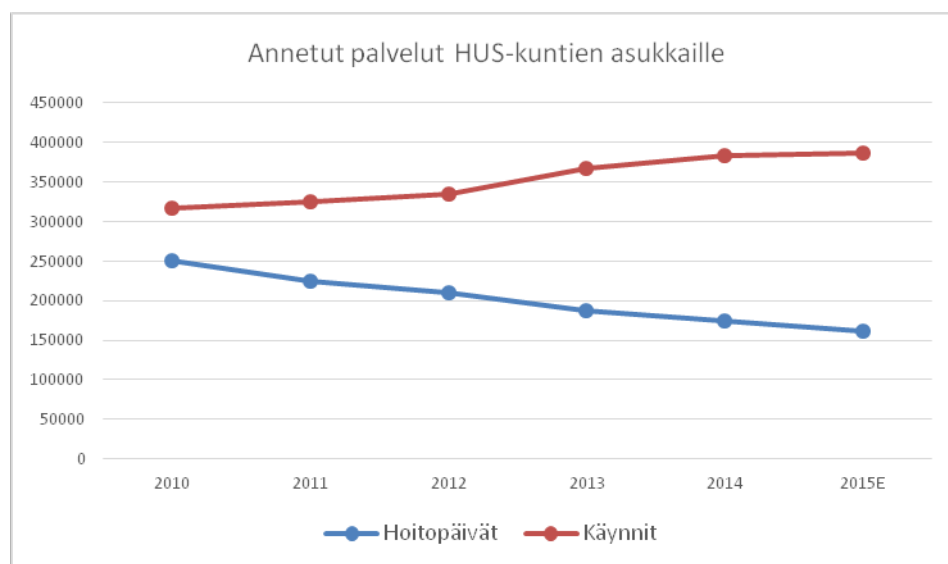
Palveluiden integroitumisen uskottiin pääasiassa parantavan palveluiden tehoa ja laatua, mutta esiintyi myös huolta siitä, jääkö jokin asiakasryhmä aiempaa vähemmälle huomiolle. Tätä huolta näytti esiintyvän erityisesti päihdehoidon ammattilaisten keskuudessa.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integroitumisen tavoitteina on, että asiakkaan on helppo löytää ja hakeutua palveluihin, ja että palvelujärjestelmä tarttuu asiakkaan tilanteeseen. Asiantuntijahaastattelussa ja -kyselyssä tämä haaste tunnistettiin laajasti. Tähän liittyen esiin tuli myös huoli asiakkaiden putoamisesta erikois- ja perustason hoitopalveluiden väliin. Hoitoporrastuksen väliin putoamisen perusongelma on, että perustaso ei koe pystyvänsä tarjoamaan tarvittavaa hoitoa tai palvelua, mutta asiakas ei pääse erikoistason palveluihin. Asiantuntijahaastattelussa ja -kyselyssä ongelman ratkaisuksi esitettiin lisääntyvää erikoistason konsultaatiota perustasolle tai perus- ja erikoistason yhdistämistä.

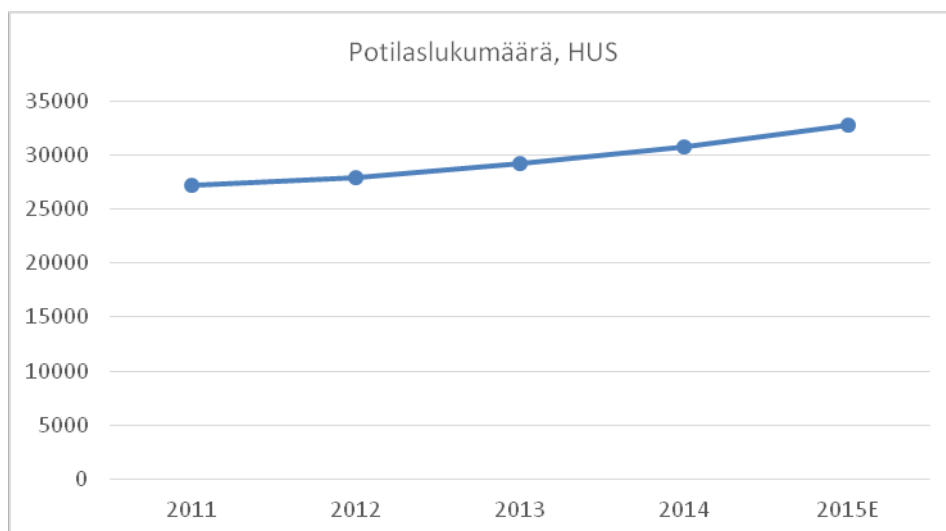
Laaja-alaisesti koordinoitu kehittämistyö: esimerkkinä HUS Psykiatria

Monivuotisen kehittämistyön summaavassa HUS Psykiatrian tiekarttatyön loppuraportissa (2014) viitattiin Mieli-suunnitelman palvelujärjestelmän kehittämistä koskevaan tavoitteeseen ja todettiin, että suunnitelman mukaan psykiatrinen avohoito ja vahva perustaso ovat psykiatrisen hoitojärjestelmän perusta, ja hoidon painopistettä tulee siirtää perinteisestä osastohoidosta intensiivisiin avohoidon palveluihin.

Esimerkkinä sairaanhoitopiiritasoisesta järjestelmän kehittämisestä, HUS psykiatriassa on vuosien 2010–2015 toimintasuunnitelmassa ollut tavoitteena avohoitovetoisen palvelujärjestelmän kehittäminen, sairaansijojen vähentäminen sekä vaativan osastohoidon osittainen keskittäminen. Tänä ajanjaksona avohoitopainotteisuus on lisääntynyt. Jalkautuvia ja konsultoivia työtapoja on kehitetty perusterveydenhuollon ja palvelukotien suuntaan. Hoitoon pääsy on parantunut ja mm. palvelukynnystä on madallettu kehittämällä ja laajentamalla Mielenterveystalon nettipohjaisia palveluita. Osastohoitopaikat ovat vähentyneet ja myös pakon käyttö osastoilla vähentynyt kehittämisprojektin ja koulutuksen myötä. (ks. Kuviot 14 ja 15). Näitä tavoitteellisia kehittämistoimia on osaltaan kehitetty ja toimeenpantu Kaste-ohjelmasta tukea saaneen Mielen avain -hankekonsortion VALO-osahankkeen kautta.



Kuvio 14. HUS:n antamat palvelu HUS-kuntien asukkaille.



Kuvio 15. Potilaslukumäärät HUS

Työterveyshuollon rooli työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyssä ja hoidossa

Mieli-suunnitelmassa tavoitteiden saavuttamisen edellytyksiksi asetettiin työterveyshuollon kehittämistä koskevat lainsäädännön muutosehdotukset, Kelan korvauskäytäntöjen kehittäminen ja työterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksen sisällön kehittäminen. Lainsäädäntötyö eteni Mieli-suunnitelmassa määritettyjen tavoitteiden suuntaisesti taustalla olevan pitkäaikaisemman kehityssuunnan mukaisesti. Lainsäädännön jo todetussa, osin myönteisessä kehityskulussa Mieli-suunnitelman merkitys ei välttämättä ole ollut keskeinen, mutta on tärkeää, että lainsäädäntötyön ohjaavaa merkitystä on korostettu suunnitelmassa. Mieli-suunnitelman ulkoista arviointia varten toteutetuissa asiantuntijahaastatteluissa myönteisenä asiana nähtiin myös työkykyarviointien kehittyminen Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana.

Mieli-suunnitelman ulkoista arviointia varten toteutetuissa asiantuntijahaastatteluissa nostettiin tärkeänä tekijänä esiin, että mielenterveysasioiden merkitys ymmärretään nykyään työpaikoilla paremmin. Myös Masto-hanke mainittiin yhtenä tätä tavoitetta edesauttaneena tekijänä.

Työterveyshuollon myönteinen kehityssuunta näkyi Työ ja terveys Suomessa 2012 -katsauksen tuloksissa, joiden mukaan aiempaa suurempi osuus työterveyshuollon asiakkaista koki saaneensa riittävästi tukea työterveyshuollolta palatessaan töihin pitkältä sairauslomalta. Työpaikkansa työterveyshuollon toimintaan tyytyväisten osuus oli aiempaa suurempi. (Räsänen & Sauni 2013.) Kysely tehtiin ennen kuin niin sanottu 30/60/90 -päivän lakimuutos astui voimaan (1.6.2012), joten tukea saaneiden osuuden voidaan ennakoida nousevan tulevaisuudessa entisestään. Ns. 30/60/90 -päivän lakimuutoksen mukaan työnantajan on ilmoitettava työntekijän sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon viimeistään silloin, kun poissaolo on jatkunut kuukauden (30). Työntekijän on puolestaan haettava sairauspäivärahaa kahden kuukauden kuluessa työkyvyttömyyden alkamisesta (60). Työterveyslääkärin lausunto työntekijän työkyvystä ja työssä jatkamismahdollisuuksista tarvitaan viimeistään silloin, kun sairauspäivärahopäiviä on kertynyt kahden vuoden aikana 90.

On kuitenkin syytä ottaa huomioon, että työterveyshuollon tasossa ja varsinkin sairaanhoidon ja kuntoutukseen liittyvässä työterveyshuollossa on erittäin suuria eroja. Pienissä yrityksissä on tunnetusti keskimäärin suppeampi työterveyshuolto ja oletettavasti myös vähäisemmät mahdollisuudet mielenterveyden ja päihdeksymysten käsittelyyn. Suurin osa Suomen työvoimasta työskentelee pienissä ja keskisuurissa yrityksissä.

Työterveyshuollon roolia työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmissa koskevan ehdotuksen seuranta-indikaattoreiksi asetettiin mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden sekä alkoholikuolemien määrän muutokset. Sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeitä kuvaavien indikaattorien perusteella Mieli-suunnitelma olisi onnistunut hyvin: viime vuosina työkyvyttömyyseläkkeelle ja sairauspäivärahausille siirtyminen on esimerkiksi masennukseen liittyen vähentynyt: uusien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on vähentynyt vuodesta 2008 lähtien noin 5 % vuosittain. Eläketurvakeskuksen mukaan työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä laski vuodesta 2013 8 %

ja vuodesta 2008 neljänneksen. Vuonna 2014 määrä alitti ensimmäistä kertaa 2000-luvulla 20 000 henkeä (ETK 5.2.2015).

Vuonna 2008 alkaneen taloudellisen laman seurauksena työttömyys on jälleen kasvanut. Vuodesta 2008 vuoden 2011 alkuun saakka vaikeasti työllistyvien, erityisesti pitkäaikaistyöttömien, määrät ovat olleet kasvussa ja trendi näyttää jatkuvan edelleen. (Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisemattomat tilastot, Tilastokeskus 2014). Kuten aiempien vastaavien suhdanteiden seurauksena (Hytti 1993 ja 1998), myös tällä kertaa työkyvyttömyyseläkkeiden alka vuus on samalla laskenut (Eläketurvakeskus ja Kela 2010; Eläketurvakeskus 2011). Siten myös nykypäivänä nähdään trendivertailujen kautta se, miten työttömyys ja työkyvyttömyys toimivat vajaan työkyvyn purkautumisen osittain vaihtoehtoisina kanavina (Blomgren ym. 2011).

Työkyvyttömyyseläkkeiden määrän väheneminen on myönteinen kehityskulku, mutta sen taustatekijät ovat vielä selkiintymättä. On viitteitä myös siitä, ettei työterveyshuollon lainmuutos ole vielä toteutunut käytännössä laaja-alaisesti: vuonna 2013 yhteensä 25 832 henkilöllä täyttyi 90 sairauspäivärahopäivän raja. Heistä 10 966:stä ei ollut kuitenkaan toimitettu työterveyshuollon lausuntoa Kelaan ajoissa. Näyttää siltä, ettei puuttuminen pitkiin sairauslomiin toteudu vielä aivan lainmuutoksen tarkoittamalla tavalla. Työterveyslaitoksen ja Kelan tekemän selvityksen mukaan työterveyslääkärit tuntevat lainmuutoksen melko hyvin, mutta esimerkiksi työpaikoilla tilanne on toinen. Tämä viivästyttää yhteistyön ja kuntoutuksen käynnistymistä (SLL 11.06.2014).

Toiseksi seurantaindikaattoriksi asetettiin alkoholikuolemien määrän muutokset. Alkoholien käyttöön liittyvä kuolleisuus on kasvanut Suomessa suhteellisen tasaisesti 1980-luvulta lähtien aina vuoteen 2003, jonka jälkeen alkoholikuolleisuus lisääntyi muutamassa vuodessa noin neljänneksellä. Vuodesta 2008 alkanut alkoholikuolleisuuden hidas lasku pysähtyi vuonna 2012. Vuonna 2013 alkoholikuolleisuus jälleen pieneni hieman vuodesta 2012 pysyen kuitenkin selvästi korkeammalla tasolla kuin vuonna 2003 (Tilastokeskus 2014). Mieli-suunnitelman tavoite ei toteutunut tämän osalta.

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työllistymisedellytykset

Mieli-suunnitelman tavoite työttömien työkyvyn edellytysten kohentamiseksi on ollut pitkäaikainen yhteiskunnallinen tavoite; käynnissä on ollut useita lainsäädäntö- ja kehittämishankkeita, joilla on pyritty parantamaan pitkäaikaistyöttömien ja muiden vaikeasti työllistyvien työllistymistä ja ehkäisemään syrjäytymistä palveluja kehittämällä (esim. THL:n PTT-hanke 2007–2010, Kaste-ohjelma: STM 2008 ja Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma: STM 2008, Työelämäryhmä 2010, Osatyökykyiset työssä -ohjelma (Osku): STM 2013–2015).

Mieli-suunnitelman aikana työttömien terveyspalveluita on juurrutettu jo useissa kunnissa: on arvioitu, että valtaosassa kunnista olisi toteutettu terveystarkastuksia työttömille vuonna 2009 (Saikku & Sinervo 2010). Lisäksi 1.5.2011 voimaantullut uusi terveydenhuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia kaikille työikäisille, myös työttömille. TEAviisarin vuoden 2014 tiedonkeruun mukaan työttömille tarjotuissa määrääkäsissa terveystarkastuksissa (Liitekuvio 24) on kuitenkin suuria alueellisia eroja. Joidenkin sairaanhoitopiirien alueilla tarkastuksia tehdään kattavasti, kun taas toisissa keskiarvot näyttävät jäävän hyvinkin alhaisiksi.

Ammatillisen kuntoutuksen käyttö mielenterveyskuntoutujien keskuudessa on lisääntynyt työeläkekuntoutuksen ja Kelan piirissä uuden kuntoutuslakimuutoksen jälkeen (Kelan kuntoutustilasto 2014). Kelan vajaakuntoisten ammatilliseen kuntoutukseen kuuluvaan työhönvalmennukseen osallistuneiden lukumäärä on viime vuosina kasvanut, erityisesti vuoden 2008 jälkeen, jolloin valmennusta ryhdyttiin järjestämään myös erityisesti mielenterveyskuntoutujille. Työeläkekuntoutuksen työkokeilu, joka useimmiten toteutetaan työpaikkakokeiluna, voi jatkua työhönvalmennuksena. Työpaikkakuntoutukseen osallistui vuonna 2011 yli 5000 henkilöä (Härkäpää ym 2013, Saarnio 2012). Työ- ja elinkeinohallinnon (TE-hallinnon) työhönvalmennukseen vuosittain osallistuvien henkilöiden määrä on ollut noin 1400. Heistä noin puolet oli vajaakuntoisia työttömiä työnhakijoita, puolet muita vaikeasti työllistyviä. Työeläkekuntoutuksen piirissä työhönvalmennukseen osallistuneiden määrää ei erikseen tilastoida (Härkäpää ym 2013).

Määräaikainen laki (2010–2013) Kelan työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työhönpaluun edistämiseksi, mitä jatkettiin määräaikaisesti vuosille 2014–2016, helpottaa työkyvyttömyyseläkkeellä olevien taloudellisia edellytyksiä kokeilla työhön paluuta ilman vaaraa eläkeetuuden menettämisestä.

Työeläkekuntoutukseen osallistuminen on näyttänyt nostavan jonkin verran myös työsuhteessa jatkamisen todennäköisyyttä. Työllistymisvaikutukset näkyvät lyhyen aikavälin seurannassa, ja ensi sijassa niillä, jotka ovat suorittaneet kuntoutusohjelmansa loppuun. Pidemmässä seurannassa työssä olleiden osuus alkaa laskea ja vastaavasti työllisen työvoiman ulkopuolella olleiden osuus nousee. Mielenterveyskuntoutujat arvioivat kuntoutuksensa alkaneen yleensä liian myöhään, mikä on todennäköisesti heikentänyt kuntoutuksen vaikutuksia heidän kohdallaan muihin sairausryhmiin verrattuna (Gold ym. 2012).

Kuntien järjestämästä kuntouttavasta työtoiminnasta saatu tutkimustieto (Karjalainen & Karjalainen 2010) viittaa siihen, että työtoiminnan seurauksena ei tapahdu työllistymistä avoimille työmarkkinoille, vaan henkilöt siirtyvät useimmiten esimerkiksi uusille kuntouttavan työtoiminnan jaksoille, hoitoon, kuntoutukseen tai eläkeselvittelyyn. Työllistymistavoitteen heikon toteutumisen on arvioitu johtuvan siitä, että kuntouttavan työtoiminnan jakso on asiakkaiden ongelmiin nähden liian lyhyt. Myös asiakkaiden työllistymisvaikeuksien taustalla olevat päihde- ja mielenterveysongelmat hidastavat kuntoutumista ja etenemistä. Muita syitä etenemisongelmille ovat olleet etenkin matalan kynnyksen työpaikkojen puute, asiakkaiden puutteellinen koulutustausta ja -taso sekä motivaatio-ongelmat.

Eri toimijoiden työllistymisedellytyksiä ja työkykyä kohentamaan tähdätyt toimet vaikuttavat Mieli-suunnitelman mukaisesti oikeasuuntaisilta, mutta niiden vaikuttavuudesta on jälkiseurannan tietojen perusteella vaikeaa esittää arviota. Yleisesti ottaen pitkäaikaistyöttömyyteen suunnatuilla toimilla on ollut vaikea saavuttaa kovin hyvää vaikuttavuutta. Nuorisotakuun vaikutus työttömyyden kestoon ohjelman ensimmäisenä vuotena (2013) arvioitiin silmämääräisesti suurin piirtein nollassa (VTV 2014).

Useat Mieli-suunnitelman arvioinnin yhteydessä haastatellut asiantuntijat olivat sitä mieltä, ettei Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana ole tapahtunut työllistymisedellytysten kannalta paljoakaan kohenemista työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevien mielenterveyskuntoutujien työllistymisedellytyksissä.

Mieli-suunnitelman tavoitetasolla olisi voitu nostaa keskeisemmin esiin integraation tarve mielenterveys- ja päihdepuolustuksen kuntoutuksen kentällä ja määrittää toimenpide-ehdotuksia tämän osalta. Kuntoutuksen toteutusvastuu on kunnilla, työterveyshuollolla, työeläkelaitoksilla ja Kelalla. STM vastaa lähinnä toiminnan säädösvalmistelusta. Valtakunnallinen ohjaus ja koordinointi oli säädetty vuonna 2015 lakkautetun STM:n yhteydessä toimineen kuntoutusasiain neuvottelukunnan tehtäväksi, mutta Valtiontalouden tarkastusviraston arvion mukaan se ei ollut vuonna 2013 hoitanut tehtäviään tältä osin. Kuntoutuksen vaikutusten seurantaakin ovat tehneet lähinnä yksittäiset tutkijat ja tutkimusryhmät (Valtiontalouden tarkastusviraston vuosikertomus 2013).

Arviointijohtopäätökset

- Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän merkittävin ja Mieli-suunnitelmassakin painotettu trendi on avohoidon ensisijaisuuden painottuminen ja laitoshoidon purku. Tällä alueella kehitys on mennyt tavoiteltuun suuntaan erityisesti sairaanhoitopiirivetoisten kehittämisen- ja reformihankkeiden kautta. Tämän taustalla on pitkälti myös kansainvälisesti vaikuttanut trendi. Laitoshoidon käyttö on vähentynyt suunnitelmakaudella merkittävästi, vaikka avohoidon kehittäminen ei olekaan ollut systemaattista. Mieli-suunnitelmaan kirjattu kuntavastuun korostaminen ei ole enää ajankohtainen tavoite, mikäli suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus etenee.
- Toinen palvelukokonaisuuksia koskeva kehittämissuunta on mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatioprosessi, joka on hyvin tunnettu ja laajasti hyväksytty. Konkreettisia integroitumisia ei vielä kuitenkaan tähän mennessä ole toteutettu kuin alueittain, ja osaltaan integroituminen on jäänyt odottamaan valtakunnallisen sote-ratkaisun etenemistä. Mielenterveys- ja päihdepalveluita on integroitu erityisesti peruspalveluiden tasolla, mutta erityistason integraatiota ei ole käytännössä viety eteenpäin. Joissakin sairaanhoitopiiritasoisissa organisaatioissa, kuten Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuoltopiirissä, mielenterveys- ja päihdepalvelut on hallinnollisesti integroitu.
- Sosiaali- ja terveystoimen integroitumisen lisäksi suunniteltu sote-uudistus voi luoda edellytyksiä ja kohdistaa vahvoja odotuksia uusiin hallintoelimiin myös peruspalvelujen ja erikoispalvelujen integroimiseen Mieli-suunnitelman suosittelemien palvelukokonaisuuksien kehittämiseksi. Myös integraatio somaattisen sairaanhoidon kanssa on jo jossain määrin meneillään.

- Suunnitelman mielenterveysperustaista työkyvyttömyyttä koskevien tavoitteiden voidaan todeta edenneen monilta osin ja mielenterveyshäiriöihin liittyvän työkyvyttömyyseläköitymisen kasvun tiedetään taittuneen suunnitelmakauden aikana. Mielenterveysperusteiseen työkyvyttömyyteen ja työterveyshuollon aktiivisuuteen on kohdistunut suunnitelmakaudella sekä huomiota että hallinnollisia ja lainsäädännöllisiä toimia. Työterveyshuollossa on tapahtunut Mieli-suunnitelman mukaista kehitystä, mutta todennäköisesti varsin epätasaisesti. Työttömyyden lisääntyminen, erityisesti pitkäaikaistyöttömyyden lisääntyminen, sekä lomautusten ja irtisanomisten tuottama epävarmuus ovat kasvattaneet riskiä myös mielenterveys- ja päihdetyön alueella tapahtuvaan eriarvoisuuden kasvuun.

Ohjauskeinojen kehittäminen

Neljäs painopistealue painotti mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen ohjauskeinoina koulutuksen kehittämistä, mielenterveys- ja päihdetyön erilaisten suositusten kokoamista, päivittämistä ja niiden soveltamisen seuranta, mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisen koordinaation selkiyttämistä, mielenterveys- ja päihdetyöhön suunnattavien resurssien vahvistamista sekä mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan lainsäädännön kehittämistä.

Ehdotusten toteutuminen kyselyn ja haastattelujen valossa

Ulkoisen arvioinnin yhteydessä haastatelluista asiantuntijoista useat arvioivat, että mielenterveys- ja päihdealan opetus on merkittävästi kehittynyt, mutta kehityksen alueellisesta ja eri koulutusohjelmat läpäisevästä kattavuudesta ei ollut luotettavaa kuvaa. Erityistä huolta monet haastateltavat kokivat yliopistojen mielenterveys- ja päihdetyön opetuksesta ja erikseen erikoistuvien lääkärin koulutuksesta.

Asiantuntijahaastatteluissa todettiin mielenterveys- ja päihdetyön suosituksia koskevan ehdotuksen toteutumisen puutteellisuus, mutta se ei noussut keskeiseksi suunnitelman toimeenpanon ongelmakohdaksi. Luultavasti tämä liittyy yleisempään erilaisten suositusten määrän kasvun tuottamaan tilanteeseen. Erityisesti lukuisten suositusten piirissä ja risteysalueilla toimivat, kuten peruspalvelujen lääkärit ja sosiaalityöntekijät, ovat tutkitusti vaikeuksissa suuren suositusmäärän hallinnassa ja muuntamisessa käytännön sovelluksiksi.

Yksittäisissä asiantuntijahaastatteluissa tuotiin esiin, että mielenterveys- ja päihdetyön koordinointi on lisääntynyt ja että Mieli-suunnitelma, jossa on koottu yhteen mielenterveys- ja päihdepalvelut, on itsessään ollut juuri tällaista koordinaation lisäämistä.

Haastatteluissa pidettiin positiivisena, että tahdosta riippumattoman hoidon säännöksiä uudistetaan ja itsemääräämisoikeuden hallintaa koskevaa lakia valmistellaan. Haastateltavien käsityksen mukaan muutokset eivät ole niinkään Mieli-suunnitelman ansiota, vaan niitä ovat vauhdittaneet Suomen saamat langettavat tuomiot Euroopan ihmisoikeustuomioistuimessa. Osa haastateltavista nosti myönteisiksi lainsäädäntökehityksiksi uuden sosiaalihuoltolain ja mielenterveyslain laajempaan uudistamiseen liittyvän valmistelun. Raittiustyölain päivitystä ei arvioitu, joka kertonee siitä, että sitä ei pidetty merkityksellisenä Mieli-suunnitelman tavoitteiden kannalta. Ongelmaksi nostettiin sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain erilaiset logiikat, jotka aika ajoin tuottavat vaikeuksia integraation kehittämisessä.

Toimenpiteet ja tavoitteiden toteutuminen

Mieli-suunnitelmassa asetettiin viisi ohjauskeinoihin liittyvää tavoitetta: opetuksen kehittäminen, valtakunnallisten toimintasuosittelujen uusiminen, mielenterveys- ja päihdetyön koordinointi, mielenterveys ja päihdetyön resurssien lisääminen sekä mielenterveys-, päihdehuolto- ja raittiussäädännön uusiminen.

Tavoitteet olivat varsin laaja-alaiset. Toisaalta on mahdollista kysyä, miksi esimerkiksi suunnitelman tavoitteita tukevaa tiedotusta, kansalaisjärjestöjen tukemista tai kansainvälistä yhteistyötä ei koettu erillisen tavoitteen arvoisiksi. Tässä suhteessa ero esimerkiksi Diabeteksen hoidon ja ehkäisyn ohjelman Dehkon toteuttamiseen on merkittävä.

Ehdotettua yhteistä opetuksen minimisisältöjen määrittelyä ei ole tehty erillisenä työryhmätyönä. Väliarvioinnissa myönteiseksi todettu päihdelääketieteen opetuksen laajeneminen kaikissa lääkärikoulutusta antavissa yliopistoissa tehtiin Alkon määräaikaisen erillisrahoituksen tuella. Erillisrahoituksen päätyttyä osa yliopistoista pyrkii jatkamaan toimintaa, mutta sen vakiintuminen voi olla yliopistojen säästöjen vuoksi uhanalaista. Alkon väliaikaista rahoitusta käytettiin Tampereen yliopistossa myös päihdesosiaalityön koulutuksen ja tutkimuksen vah-

vistamiseen ja vaikutukset ovat edelleen näkyvissä päihdetyön tutkimuksen ja koulutuksen alueella. Ministeriöillä ja Opetushallituksella ei ole koottua kokonaiskuvaa mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen tilasta tai kehityksestä. Väliarvioinnissa mainittiin eräiden uusien Käypä hoito -suositusten valmistumisesta ja Päihdeongelmien hoitosuositusten päivitysten toteutumisesta. Prosessi on siis edennyt Duodecimin vastuulla olevassa Käypä hoito -suositustoiminnassa. Laatu- ja toimintasuositusten osalta kehitystä ei ollut tapahtunut.

Yhdistettyä helppokäyttöistä tietokantaa ei ole rakennettu, mutta suositukset ovat saatavilla internetin välityksellä. Hyvän yhdistetyn tietokannan puuttuminen hankaloittaa esimerkiksi koulutusohjelmien ja perehdytysohjelmien tekemistä. Tietokanta olisi myös tukenut mielen-terveys- ja päihdetyön yhteistyön kehittämishankkeita.

Väliarvioinnissa todettiin, että päihde- ja raittiusasiain neuvottelukuntaa ei ole laajennettu mielenterveysasioihin. Se ei ole tapahtunut myöskään tähän mennessä. Ehkäisevän päihdetyön foorumi sen sijaan on muuttunut päihde- ja mielenterveysalan foorumiksi, jonka vastuuorgani-saatio on sosiaali- ja terveysalan järjestöjen keskusjärjestö SOSTE.

THL:lla on keskeinen rooli valtakunnallisen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön ke- hittämisessä monien yhteyksiensä ja julkaisufoorumiensa kautta. Sillä on ollut myös tukea antava ja verkostoitumista tukeva rooli Kaste-ohjelmaan sisältyneiden päihde- ja mielenterve- ystyön kehittämishankkeiden osalta. THL:n taholta on vedottu varsinaiseen koordinaatioon ohjattujen resurssien vähäisyyteen ja laitoksen kokonaisresurssien pienentymisen aiheuttamiin paineisiin selityksenä koordinoivan roolin selkeytymättömyyteen ja heikkouteen.

Väliarviointinsa pohjalta Mieli-suunnitelman ohjausryhmä suositteli, että valtioneuvosto antaisi periaatepäätöksen mielenterveys- ja päihdetyöstä kehittämistyön jatkuvuuden turvaa- miseksi. Samansuuntaisia ehdotuksia on tehty myös alan järjestöjen taholta, mutta asia ei ole edennyt STM:ssä konkreettiseksi päätösehdotukseksi.

Väliarvioinnissa todettiin, että mielenterveys- ja päihdetyön toiminta- ja kehittämisresurssit ovat vähentyneet. Joiltakin osin näin on tapahtunut, esimerkiksi THL:n ja A-klinikkasäätiön kehittämisresurssien osalta. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tai alalla lisääntyvän yksityisen yritystoiminnan osalta on vaikea osoittaa resurssien vähenemistä, mutta resurssien kasvuvauhti on hidastunut niin, että uudet toiminnot on resursoitava vanhoja karsimalla. Teke- sin sosiaali- ja terveysalalle suuntaamat resurssit ovat esimerkki uusista rahoitusmahdollisuuk- sista myös päihde- ja mielenterveystyölle. Niitäkin ollaan parhaillaan leikkaamassa osana julkisen talouden vakautusyrityksiä. Kun vanhat kehittämistyön resurssit supistuvat ja joitakin uusia vähintään tilapäisiä mahdollisuuksia on avautunut, kehittämistyön kokonaiskuva on aikaisempaakin pirstaleisempi.

Raittiustyölain päivitys tulee voimaan 1.12.2015 ja Mielenterveyslain säädöksiä tahdosta riippumattomasta hoidosta on tarkistettu. Mielenterveys- ja päihdehuoltolain yhdistämisen valmistelua ei ole käynnistetty.

Arviointijohtopäätökset

- Suunnitelman konkreettinen suositus opetuksen kehittämisestä ei sellaisenaan toteutunut. Opetuksessa on tapahtunut myönteistä kehitystä, mutta sen pysyvyydestä tai riittävydestä ja kattavuudesta eri koulutusohjelmien suhteen ei ole kerätty valtakunnallista tietoa.
- Mielenterveys- ja päihdetyön koordinoitua koskeva ehdotus yhdisti joitakin hyvin konk- reettisia ehdotuksia ja THL:lle annetun yleisen koordinaatiovastuun ilman esityksen riittä- vää konkretisointia esimerkiksi tarvittavien resurssien turvaamisen osalta. Suunnitelman ohjausryhmä, muu valtakunnallinen ja paikallinen yhteistyö ja Kaste-ohjelma ovat edistä- neet koordinaatiota, mutta sen pysyvyyttä uhkaavat muun muassa THL:n muiden tehtävien paine ja resurssien pieneminen.
- Mielenterveys- ja päihdetyön resursseihin kohdistuu supistuspaineita ja kehittämistyön resurssit ovat supistuneet ja pirstaloituneet Mieli-suunnitelman vastaisesti.
- Lainsäädännössä on tapahtunut vähäistä kehitystä, joka ei kuitenkaan perustu Mieli- suunnitelman ohjausvaikutukseen.

YHTEENVETO: ARVIOINTIJOHTOPÄÄTÖKSET

Asiakkaan aseman vahvistaminen

- Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana asiakkaiden yhdenvertaisuuteen on kiinnitetty lisääntyvää huomiota ja tätä on tuettu myös hallinnollisin ja lainsäädännöllisin toimenpitein. Mieli-suunnitelmalla ja sen toimeenpanolla on ollut tähän osaltaan vaikuttavuutta.
- Asiakkaiden osallisuutta on kehitetty aktiivisella kokemusasiantuntijatoiminnalla, johon on liittynyt erillistä koulutustoimintaa ja kokemusasiantuntijuuden laatusuosituksia. Mieli-suunnitelmalla on ollut tässä informaatio-ohjaava rooli. Toimintaan on suunnattu voimavaroja Kaste-ohjelman kautta.
- Mielenterveyteen liittyvään työkyvyttömyyteen ja yksilön toimeentuloturvaan on kohdistettu aktiivisia hallinnollisia ja lainsäädännöllisiä toimia, joiden tavoitteena on kohentaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaisuutta ja osallisuutta. Vuoden 2016 budjettiesitys ja lähivuosien budjettikehys sisältävät kuitenkin olennaisia heikennyksiä mielen-terveys- ja päihdeongelmista kärsivien toimeentuloon.
- Tahdosta riippumattoman hoidon käytäntöihin on kohdistettu kehittämistyötä aktiivisen kampanjoinnin ja toimintakäytäntöjen implementoinnin kautta Mieli-suunnitelman tavoitteiden suuntaisesti. Pakon käytön vähentämisen Pohjoismaisen ja kotimaisen verkostoitumisen koordinaattorina on toiminut THL. Tahdosta riippumattoman hoidon läheteet ja hoitopäivät ovat olleet Mieli-suunnitelmakaudella laskussa.

Edistävä ja ehkäisevä työ

- Edistävän ja ehkäisevän työn painopistealueen tavoitteet olivat Mieli-suunnitelman väljimmän määritellyt. Alkoholin kokonaiskulutus on suunnitelman toimintakauden aikana vähentynyt, mihin suunnitelluilla ja toteutuneilla alkoholiverotuksen korotuksilla oli vaikutusta.
- Yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämiseen sekä yli sukupolvien siirtyvien ongelmien tunnistamiseen ja vähentämiseen liittyviä toimenpiteitä ei Mieli-suunnitelmassa ole esitetty tai sen toimeenpanon yhteydessä konkretisoitu. Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana on kuitenkin toteutunut monia lapsiin, nuoriin ja perheisiin kohdistuneita hankkeita, joiden yhteyttä Mieli-suunnitelmaan ei voida yksiselitteisesti osoittaa, vaan ne voivat liittyä myös muihin kansallisiin tai alueellisiin ohjelmiin.
- Yleinen arvio sekä asiantuntijahaastatteluiden että sähköisen kyselyn tulosten mukaan oli, ettei edistävän ja ehkäisevän työn painopistealueella olla onnistuttu suunnitelman sisällön tai toimeenpanon osalta kovin hyvin. Tämä näkyi erityisesti niiden vastaajien kohdalla, joiden palveluiden kohderyhmänä olivat lapset ja nuoret.
- Ennaltaehkäisyn tärkeyttä on korostettu vuodesta ja vuosikymmenestä toiseen. Silti näkemykset varhaisemman puuttumisen terveyshyödyistä eivät ole siirtyneet päätöksenteon tasolle. Mieli-suunnitelman toimeenpanon suhteellinen painottuminen psykiatrisen ja päihdehuollon hoitojärjestelmiin pikemminkin kuin esimerkiksi toimeentuloturvan, työelämän, koulun, median ja kulttuurin alueella tapahtuvaan mielenterveyden edistämiseen oli ennaltaehkäisyn kannalta ilmeinen virhe. Mielenterveyden edistäminen positiivista mielenterveyttä vahvistamalla on vielä osin vieras ajatus.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

- Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän merkittävin ja Mieli-suunnitelmassakin painotettu trendi on avohoidon ensisijaisuuden painottuminen ja laitoshoidon purku. Tällä alueella kehitys on mennyt tavoiteltuun suuntaan erityisesti sairaanhoitopiirivetoisten kehittämis- ja reformihankkeiden kautta. Tämän taustalla on pitkälti myös kansainvälisesti vaikuttanut trendi. Laitoshoidon käyttö on vähentynyt suunnitelmakaudella merkittävästi, vaikka avohoidon kehittäminen ei olekaan ollut systemaattista. Mieli-suunnitelmaan kirjatun kuntavastuun korostaminen ei ole enää ajankohtainen tavoite, mikäli suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus etenee.
- Toinen palvelukokonaisuuksia koskeva kehittämissuunta on mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatioprosessi, joka on hyvin tunnettu ja laajasti hyväksytty. Konkreettisia integroitumisia ei vielä kuitenkaan tähän mennessä ole toteutettu kuin alueittain, ja osal-

taan integroituminen on jäänyt odottamaan valtakunnallisen sote-ratkaisun etenemistä. Mielenterveys- ja päihdepalveluita on integroitu erityisesti peruspalveluiden tasolla, mutta erityistason integraatiota ei ole käytännössä viety eteenpäin. Joissakin sairaanhoitopiiritasoisissa organisaatioissa, kuten Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuoltopiirissä, mielenterveys- ja päihdepalvelut on hallinnollisesti integroitu.

- Sosiaali- ja terveystoimen integroitumisen lisäksi suunniteltu sote-uudistus voi luoda edellytyksiä ja kohdistaa vahvoja odotuksia uusiin hallintoelimiin myös peruspalvelujen ja erikoispalvelujen integroimiseen Mieli-suunnitelman suosittelemien palvelukokonaisuuksien kehittämiseksi. Myös integraatio somaattisen sairaanhoidon kanssa on jo jossain määrin meneillään.
- Suunnitelman mielenterveysperustaista työkyvyttömyyttä koskevien tavoitteiden voidaan todeta edenneen monilta osin ja mielenterveyshäiriöihin liittyvän työkyvyttömyyseläkötymisen kasvun tiedetään taittuneen suunnitelmakauden aikana. Mielenterveysperusteiseen työkyvyttömyyteen ja työterveyshuollon aktiivisuuteen on kohdistunut suunnitelmakaudella sekä huomiota että hallinnollisia ja lainsäädännöllisiä toimia. Työterveyshuollossa on tapahtunut Mieli-suunnitelman mukaista kehitystä, mutta todennäköisesti varsin epätasaisesti. Työttömyyden lisääntyminen, erityisesti pitkäaikaistyöttömyyden lisääntyminen, sekä lomautusten ja irtisanomisten tuottama epävarmuus ovat kasvattaneet riskiä myös mielenterveys- ja päihdetyön alueella tapahtuvaan eriarvoisuuden kasvuun.

Ohjauskeinojen kehittäminen

- Suunnitelman konkreettinen suositus opetuksen kehittämisestä ei sellaisenaan toteutunut. Opetuksessa on tapahtunut myönteistä kehitystä, mutta sen pysyvyydestä tai riittävydestä ja kattavuudesta eri koulutusohjelmien suhteen ei ole kerätty valtakunnallista tietoa.
- Mielenterveys- ja päihdetyön koordinoitua koskeva ehdotus yhdisti joitakin hyvin konkreettisia ehdotuksia ja THL:lle annetun yleisen koordinaatiovastuun ilman esityksen riittävää konkretisointia esimerkiksi tarvittavien resurssien turvaamisen osalta. Suunnitelman ohjausryhmä, muu valtakunnallinen ja paikallinen yhteistyö ja Kaste-ohjelma ovat edistäneet koordinaatiota, mutta sen pysyvyyttä uhkaavat muun muassa THL:n muiden tehtävien paine ja resurssien pieneneminen.
- Mielenterveys- ja päihdetyön resursseihin kohdistuu supistuspaineita ja kehittämistyön resurssit ovat supistuneet ja pirstaloituneet Mieli-suunnitelman vastaisesti.
- Lainsäädännössä on tapahtunut vähäistä kehitystä, joka ei kuitenkaan perustu Mieli-suunnitelman ohjausvaikutukseen.

MIELI-SUUNNITELMAN TOIMINTAKAUDEN AIKAINEN KEHITYS

SUUNNITELMAKAUSI TILASTOJEN VALOSSA

Tilastojen valossa monet mielenterveys- ja päihdepalveluiden tavoitteet ovat kehittyneet aikaisempaa parempaan suuntaan. Koko maan tasolla alkoholin kulutuksen lasku (Liitekuvio 6), alkoholi- ja itsemurhakuolleisuuden lasku (Liitekuviot 7 ja 17), tahdosta riippumattoman hoidon (Liitekuvio 3) ja tahdosta riippumattomien hoitolähteiden (Liitekuviot 4 ja 5) ilmaantuvuuden lasku sekä mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden (Liitekuvio 2) määrän aleneminen viittaavat todennäköisesti palvelujärjestelmän parempaan toimivuuteen. Sairaalahoidon kokonaismäärä hoitovuorokausilla mitattuna (Liitekuvio 10) ja vastaavasti laskennallisten sairaala-paikkojen määrä on ollut myös johdonmukaisessa laskussa, mikä on ollut kansainvälisten trendien myötäinen, toivottu kehityssuunta. Erittäin valitettavaa on, että riittävää seurantatietoa ei kuitenkaan ole siitä, missä määrin avo- ja peruspalvelut ovat kyenneet takaamaan, että sairaalahoidon vähentyminen on korvattu muilla palveluilla. Huostaan otettujen alaikäisten määrän (Liitekuvio 1) nousun tulkinta lienee osin ristiriitaista, sillä kyse voi olla niin järjestelmän kattavuuden ja tehokkuuden lisääntymisestä kuin perheiden pahoinvoinnin lisääntymisestä. Joka tapauksessa se varoittaa tekemästä myönteisiä arvioita lasten psykososiaalisen hyvinvoinnin kehityksestä.

Indikaattoreiden valossa maan eri osien kehityksessä on eroja. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiriin tahdosta riippumattomien lähteiden määrä on laskusta huolimatta edelleen korkea, samoin Etelä- ja Pohjois-Savon. Sen sijaan Etelä-Pohjanmaan lähtötaso ja kehitys ovat olleet tässä suhteessa myönteisiä (Liitekuvio 5).

Psykiatrian laitoshoitopäivät (Liitekuvio 10) ovat vuodesta 2000 alkaen olleet suhteellisen korkealla tasolla ainakin Etelä-Savon, Kainuun ja Kymenlaakson sairaanhoitopiireissä, joista Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä on saatu aikaan huomattava lasku. Myös HUS:ssä sekä Vaasan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä sairaalahoidon määrässä on ollut voimakas lasku erityisesti Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana. Näistä ainakin jälkimmäisissä on tiettävästi tehty aktiivisia ja suunnitelmallisia kokonaispalvelujärjestelmän reformeja, jotka näyttävät vähentäneen psykiatrisen sairaalahoidon käyttöä.

Tilastoidindikaattorit eivät suoraan osoita Mieli-suunnitelman vaikuttavuutta, mutta niiden kuvaamat kehityssuunnat ovat erityisesti tahdosta riippumattoman hoidon ja sairaalahoidon osalta Mieli-suunnitelman tavoitteiden myönteisiä. Alueelliset erot kehityksissä viittaavat paikallisten toimijoiden ja heidän kehityshalukkuutensa merkittävään rooliin muutosprosesseissa.

MIELI-SUUNNITELMA KANSALLISEN OHJAUKSEN VÄLINEENÄ

Mieli-suunnitelma on jo itsessään keino ohjata yhteiskunnallista ilmapiiriä ja eri yhteiskunnan toimijoita suunnitelman tavoitteiden suuntaan. Suunnitelman edustamassa ”ohjelmaohjauksessa” kootaan erilaisia osatavoitteita ja niitä edistäviä keinoja yhdeksi kokonaisuudeksi. Ajatuksena on, että yhteen koottuna niille on mahdollisuus saada enemmän tukea, huomiota ja myös resursseja. Ohjelmaohjauksesta saadut kokemukset vaihtelevat. Esimerkiksi Diabeteksen hoidon ja ehkäisyn ohjelma Dehko onnistui nostamaan tavoitteensa hyvin julkisuuteen, sai niille tukea ja edisti monien yksityiskohtaisempien osatavoitteidensa toteutumista. Toisaalta sen ei arvioitu saavuttaneen niin suurta diabetestilanteen kokonaismuutosta kuin ohjelman kunnianhimoisissa tavoitteenasetteluissa oli toivottu. Arvio korosti ohjauskeinojen kehittämisen tarpeellisuutta.

Useiden limittäisten ja päällekkäisten kehittämisohjelmien ja suunnitelmien ohjaavaa vaikutusta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Toisaalta voidaan ajatella, että eri toimijoille ja organisaatioille suunnatut, samansuuntaiset ohjelmat vahvistavat toimia ja takaavat paremmin toivotut lopputulokset. Toisaalta, kun jo yli vuosikymmenen ajan on kaivattu yli sektorirajojen toimivia järjestelmiä, jotka tulevat ihmisen luo sen sijaan, että ihminen menee eri toimijoiden luo, voisi yhtenäisempi ja paremmin käytännön toimijoiden ja ohjaavien elimien vuorovaikutukseen ja informaatio-ohjaukseen perustuva kehittämis työ toimia paremmin. Lisäksi kuntien kannalta valtava informaatio-ohjauksen määrä ja kehittämisvaateiden lukuisuus on tiukkenevan talouden oloissa ongelmallista. Vaarana on sirpaleinen, projektivetoinen kehitystyö ja perustyötä tekevien kehitysväsymys. Myös suuri osa edellä esiin tuoduista myönteisiksi arvi-

oiduista kehityshankkeista ja kehityspoluista on perustunut Kaste- ja muuhun määräaikaiseen rahoitukseen. Kaikilta osin ei voida olla varmoja myönteisten muutosten pysyvyydestä.

Sekä valtionhallinnon eri sektorien että alueellisen ja paikallisen sote-hallinnon kannalta Mieli-suunnitelma on ollut yksi hyvinvointipolitiikan ohjelma/suunnitelma monien muiden joukossa. Suunnitelmilla on hyvä läpäisyvoima niiden ydintoimialueilla; Mieli-suunnitelman osalta erityisesti psykiatriassa ja kohtuullisissa määrin myös terveyskeskuksissa ja päihdehuollon erityispalveluissa. Sen sijaan laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollossa ja suunnitelman toteutuksen kannalta tärkeillä yhteistyöalueilla, kuten esimerkiksi koulutuksessa, työvoimahallinnossa, kulttuuri- ja vapaa-ajantoimissa sekä asuntotoimissa, läpäisyvoima ja jopa tunnettuus on heikompaa ja on voinut rajoittua suunnitelman merkitsemiseen tiedoksi hallintoelimissä. Tavallaan ongelma on, että eri sektoreilta liikkeelle pantuja suunnitelmia ja ohjelmia on ”liian paljon” ja ne ovat ”liian laaja-alaisia”. Toisaalta, jos eräiden ehdotusten mukaisesti koottaisiin monien hyvinvointisuunnitelmien linjaukset yhdeksi kokonaissuunnitelmaksi, voisi ohjausväline muodostua niin yleisluonteiseksi, ettei senkään kautta esimerkiksi Mieli-suunnitelman kaltaisia tavoitteita kyettäisi edistämään.

MIELI-SUUNNITELMA JA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTUS

On todettavissa, että suunnitellun sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen painopisteissä on paljon yhdenmukaisuutta Mieli-suunnitelman linjausten kanssa. Sekä horisontaalinen että vertikaalinen integraatio, joita tähän mennessä esitettyihin sote-malleihin on liittynyt, ovat asiakkaan ja palveluiden toimivuuden kannalta todennäköisesti hyvin positiivisia kehityssuuntia. Laajempien sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnointialueiden tuoma koordinoitupotentiaali ja oikeudenmukaisuutta turvaava tasalaatuinen palveluohjaus voisivat parhaimmillaan tukea Mieli-suunnitelman linjaamia tavoitteita jatkossa. On nähtävissä, että Mieli-suunnitelman muotoutumiseen ovat vaikuttaneet samat julkisten palveluiden kehittämishaasteet kuin sote-mallien suunnitteluun, ja monin kohdin mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat, tai niiden tulisi olla, haastavan palveluohjauksen suunnittelun keskiössä.

Mieli-suunnitelman kriittiset arviot ja hyvät kokemukset on syytä täysimääräisesti hyödyntää niin, että sote-uudistuksen jälkeisiä uusien organisaatioiden ja valtion järjestämis päätöksiä ensimmäistä kertaa laadittaessa mielenterveys- ja päihdetyö tuodaan proaktiivisesti agendalle sekä kehittämistehtävänä että hyvien käytäntöjen turvaamistehtävänä. Järjestämis päätösten ja sosiaali- ja terveyspalvelujen kansalaisille suunnattujen palvelulupausten tulisi olla niin konkreettisia, että mielenterveys- ja päihdetyön jatkokehitystä voidaan niillä riittävästi ohjata.

MAAHANMUUTTOKYSYMYKSET MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN NÄKÖKULMASTA

Mieli-suunnitelman toimintakauden loppuun on ajoittunut ajankohtainen kysymys maahanmuuttajien mielenterveyden tukemisesta sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen turvaamisesta turvapaikanhakijamäärien merkittävän lisääntymisen myötä.

Tutkimuksissa on todettu, että turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten mielenterveyshäiriöiden syntyyn vaikuttavat sekä aikaisemmat traumaattiset kokemukset että maahantulon jälkeiset tekijät. Psykkisten häiriöiden esiintyvyydessä on huomattavaa vaihtelua sekä yleisesti että eri ryhmien välillä. Perustarpeiden tyydyttäminen, toimivat stressinhallintakeinot ja kokemus oman elämän toimivuudesta ovat tärkeitä todettuja tekijöitä psyykkisen hyvinvoinnin ja toimivan auttamisen näkökulmista. Sosiaalinen tuki on todettu useissa tutkimuksissa merkittäväksi ennaltaehkäiseväksi elementiksi. Mielenterveyspalveluissa keskeisiksi tekijöiksi ovat nousseet kulttuuritekijöiden huomioiminen, tulkin käyttö, henkilökunnan transkulttuurisen osaamisen edistäminen ja eri hoitomuotojen yhdistäminen. (Kerckänen & Säävälä 2015; Snellman ym. 2014.)

Euroopan Psykiatriyhdistys (EPA 2015) on reagoinut kasvavaan pakolaismäärään Euroopan Unionin alueella esittämällä seuraavat suositukset pakolaisten mielenterveyden ja mielen-terveyspalveluiden kohentamiseksi.

- Nimitetään asiantuntijoita ja perustetaan koordinaatiokeskuksia valvomaan ja ohjaamaan pakolaisten hoitoon osallistuvien tahojen toimia
- Kehitetään standardoituja toimintamalleja ja dokumentointia
- Tuetaan helposti saavutettavia tulkattuja ja kulttuurisesti sovitettuja palveluja asiakkaan ja terveyspalvelujen tarjoajan välisen kommunikaatioyhteyden parantamiseksi. Kieli on mer-

- kittävä osa psykiatrasta ja psykologista hoitoa, kulttuurisensitiivinen lähestymistapa on erityisen tärkeää
- Sekä akuutti että pitkäaikainen psykiatrinen ja psykologinen hoito tulee taata kaikille turvapaikanhakijoille. Akuuttihoidon ohella tulee toteuttaa sairauksien hallintaan tähtäävää toimintaa
 - Kehitetään yhteistyötä ja kumppanuutta eri terveydenhuollon sektorien välillä. Kaikkien terveydenhuollon toimijoiden tulee jakaa resursseja ja osaamista asiakkaan tarpeisiin perustuvan portaattoman hoitoprosessin mahdollistamiseksi
 - Koulutetaan sekä terveydenhuoltohenkilökuntaa että ei-ammattillista henkilökuntaa resursien allokoinnin optimoimiseksi
 - Vakiinnutetaan/perustetaan EU:n laajuinen verkosto tiedon jakamiseksi ja tieteellisen toiminnan yhdistämiseksi sekä uusien diagnostisten ja hoito-ohjeistusten kehittämiseksi
 - Tuetaan pakolaisten esteetöntä pääsyä terveyspalveluihin mm. palkkaamalla integraatiotyöntekijöitä terveydenhuollon eri sektoreille, vahvistamalla interkulttuurista osaamista ja implementoimalla stigman vastaisia kampanjoita.

ARVIO MIELI-SUUNNITELMAN TOTEUTUKSESTA JA TOIMEENPANOSTA

Mieli-suunnitelman toteutumisen keskeinen edellytys on, että sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että laajemmin mielenterveyteen ja päihdeasioihin vaikuttavien sektorien hallintoelimet antavat tukensa suunnitelman toimeenpanolle. Valtakunnallisen hallinnon tasolla Mieli-suunnitelmaan on runsaasti viittauksia sosiaali- ja terveysministeriön valmisteluasiakirjoissa ja julkaisuissa. Muiden hallinnonalojen tukea suunnitelmalle on pyritty varmistamaan muodostamalla eri hallinnonaloja edustava laaja ohjausryhmä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alue- ja paikallistasolla suunnitelman tuki on rakentunut erityisesti sairaanhoitopiirien psykiatrian yksiköiden ja terveyskeskusten varaan. Sairaanhoitopiirien luottamusmiesjohtelmissa Mieli-suunnitelma ei arviointiryhmän käsityksen mukaan liene saanut merkittävää huomiota osakseen, vaan se on koettu lähinnä psykiatrian ja sen yhteistyökumppanien asiaksi.

THL:n TEAvisariin kerättyjen tietojen mukaan (Liitekuvio 18) Mieli-suunnitelma on varsin laajasti annettu terveyskeskusten luottamusmieshallintoelimille tiedoksi ja suhteellisen laajasti myös esitelty elinten kokouksissa. Sen sijaan harvinaisempaa on ollut elimen omien päätösten tekeminen suunnitelman toimeenpanosta. Oletettavasti on ajateltu, että organisaation ammattilaiset ottavat suunnitelman suositukset huomioon toiminnassaan ilman erityisiä päätöksiä tai resursseja.

TEAvisarin mukaan terveyskeskusten virkamiesjohdot ovat varsin yleisesti käsitelleet Mieli-suunnitelmaa (Liitekuvio 19). Virkamiesjohdossa on myös suhteellisen yleisesti tehty päätöksiä toimeenpanoon liittyen. Oletettavasti päätökset ovat koskeneet ennen muuta vastuun jakoa toimeenpanossa, koulutus- ym. tilaisuuksiin osallistumista ja alueellisiin Kaste-ohjelman ym. hankkeisiin integroimista.

Asiantuntijahaastatteluissa näkemykset Mieli-suunnitelman toimeenpanosta ja jalkauttamisesta olivat osin ristiriitaisia. Mieli-suunnitelman toimeenpanoa edistäneenä tekijänä nostettiin useissa asiantuntijahaastatteluissa esiin Mieli-suunnitelman pohjautuminen jo käynnissä olleeseen kehitystyöhön ja se, että suunnitelman linjaukset olivat jo kentällä valmiiksi hyväksyttyjä. Suunnitelmalle koettiin olevan tilausta. Konkreettisina toimeenpanoa edistäneinä tekijöinä mainittiin verkosto, johon on kuulunut paljon toimijoita mielenterveyspalveluista, ja jonka kautta on pidetty yhteyttä sähköpostitse, tiedotettu asioista ja järjestetty kokoontumisia. Edistäneinä tekijöinä koettiin myös, että suunnitelman ilmestyessä tiedottaminen oli ansiokasta ja alueiden välille syntyi positiivista kilpailua tunnusluvuilla. Myös Kaste-hankkeet ja -rahoitus mainittiin toimeenpanoa edistäneinä tekijöinä.

Mieli-suunnitelman toimeenpanoa estäneenä tekijänä nähtiin useissa asiantuntijahaastatteluissa taloudelliset realiteetit. Koettiin myös, että etenkin viime vuosina tiedottaminen on ollut vähäistä, ja että suunnitelma ei ylipäätään ole ollut tarpeeksi esillä julkisessa mediassa eikä ammattilehdissä. Myös Kaste-rahoituksen hallinnointi ja korvamerkityn rahan loppuminen mielenterveys- ja päihdehankkeisiin nähtiin toimeenpanoa hankaloittaneina tekijöinä.

Arviointia varten toteutetussa kyselyssä Mieli-suunnitelman sisällölle kiitettävän arvosanan antoi noin kolmasosa vastaajista, mutta toteutukselle vain vajaa kuusi prosenttia. Tyydyttävien arvosanojen osuus oli molemmissa selvästi suurin.

Mieli-suunnitelman toimeenpanoa on osaltaan arvioitu jo aiemmin tehdyissä selvityksissä ja raporteissa. Partanen ja Moring (2012) arvioivat, että Mieli-suunnitelman toimeenpanon edistymiselle on ollut keskeistä suunnitelman perustuminen jo aiemmin käynnistyneelle kehittämistyölle. Jokinen (2013) on selvittänyt tutkielmassaan Mieli-suunnitelman toimeenpanon johtamisen haasteita. Toimeenpanosta vastanneiden henkilöiden haastatteluihin perustuen Jokinen (2013) totesi, että eniten haasteita toimeenpanolle on aiheuttanut riittämätön rahoitus. Tehostettavia asioita toimeenpanossa olisivat Jokisen haastattelujen mukaan olleet verkkoviestintä, tiedottaminen, parempi kentän kuuleminen ohjelman toimintakauden aikana, tiedon kerääminen ja sen luettavaan muotoon jalostaminen sekä kuntakentän tukeminen. Puutteena nähtiin myös selvittämistyön puute niiden asioiden osalta, joihin ei ole pystytty vaikuttamaan ja joita ei ole nostettu toimenpidetasolle. Helpoiten oli haastattelujen mukaan sujunut toimeenpanon käynnistäminen, minkä arveltiin johtuvan siitä, että suunnitelmalle oli tilausta ja että kenttää kuultiin suunnitelman valmisteluvaiheessa.

Mieli-suunnitelman toimeenpano ajoittui poikkeuksellisen pitkään taantumaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon huomion keskittymiseen suurelta osin sote-uudistukseen. Aikaan on kuulunut myös kritiikki siitä, että valtionhallinnolta on tullut kunnallisille toimeenpanoille lisää vastuita sekä jatkuvassa sarjassa selvityspyyntöjä ja eri teema-alueiden suunnitelmien laatimisvelvoitteita. Mieli-suunnitelma on siksi joutunut varsin haastavaan kilpailuun huomiosta, tuesta ja resursseista.

Käytössä olleen tiedon pohjalta arvointiryhmä toteaa Mieli-suunnitelman toimeenpanosta seuraavaa:

- Mieli-suunnitelman toimeenpanossa on ollut alueellisia eroja ja toimeenpanon eteneminen on riippunut paljolti alueiden omasta aktiivisuudesta.
- Oleellinen osa toimeenpanoa olisi ollut tavoitteiden toteutumisen systemaattinen seuranta heti suunnitelmakauden alusta lähtien. Tämä olisi edellyttänyt suunnitelmalta selkeämpien seurantakäytäntöjen asettamista ja lähtötilanteen kattavampaa kartoittamista sekä riittävää resursointia.
- Ohjelma on läpäissyt julkisen sektorin ja siellä erityisesti erikoissairaanhoidon paremmin kuin muut tahot.
- Ohjelman vaikuttavuus laajemmin mielenterveyden edistämisen ja mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyn kannalta keskeisillä julkisen ja yksityisen toiminnan sektoreilla on jäänyt suhteellisen vähäiseksi. Osin syinä ovat olleet Mieli-suunnitelman ja sen toimeenpanon puutteet laajemman tiedottamisen ja mediavaikuttamisen alueella.

KOKONAISARVIO

Mieli-suunnitelmassa vuosituhanen vaihteen kansainväliset ja kansalliset mielenterveys- ja päihdetyön sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämissuuntaukset tiivistyivät yhdeksi strategiseksi ohjelmaksi, jonka toimeenpanosta tehtiin erillinen suunnitelma THL:n koordinoitavaksi.

Suunnitelma oli yhdensuuntainen muun muassa WHO:n ja EU:n linjausten kanssa, painottaen asiakkuutta, oikeudenmukaisuutta, hoitoon pääsyä ja palveluiden avohoitopainotteisuutta. Mieli-suunnitelmaa edelsi aikaisempi kansallinen hanketyö, ja sitä tuki muun muassa kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma Kaste. Suunnitelman toteuttamiseen ei osoitettu suoraa voimavaranostusta muuten kuin THL:n virkatyön kautta.

Mieli-suunnitelman sisältö ja toimeenpanon suunnittelu saivat alueittain ja eri tahoittain vaihtelevan vastaanoton. Yleisesti ottaen sen linjauksia pidettiin hyväksyttävänä ja tärkeinä, mutta konkreettisissa toiminnoissa on ollut isoja eroja eri sairaanhoitopiirien ja kuntien välillä. Muun muassa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuoltoalueella sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä oli tehty Mieli-suunnitelman suuntaista kehittämistyötä jo aiemmin.

Useissa Mieli-suunnitelman tavoitteita kuvaavissa indikaattoreissa nähdään kansallisella tasolla selvää myönteistä kehitystä, mutta tässä on ilmeistä alueellista vaihtelua. Suunnitelmakauden aikana alkoholin kokonaiskulutus on laskenut, itsemurhien ilmaantuvuus on jatkanut laskuaan tähän asti, psykiatristen sairaalahoitopäivien määrä on laskenut ja tahdosta riippumattoman hoidon käyttö on vähentynyt. Joillain alueilla mielenterveyspalveluiden kehittäminen on ollut Mieli-suunnitelman linjausten myötäistä ja palvelurakennetta on muokattu aktiivisesti avohoitopainotteisempaan ja esteettömämpään suuntaan. Toisaalta taas joissain sairaanhoitopiireissä osoittimet näyttävät viittaavan vain vähäiseen tai osin jopa negatiiviseen kehitykseen.

Yhteenvetona arviointijohtopäätöksistä työryhmä toteaa seuraavaa:

- Mieli-suunnitelmalla oli myönteinen vaikutus erityisesti tietoisuuden lisääntymiseen asiakkaan aseman vahvistamisen tarpeesta, edistävän ja ehkäisevän työn merkityksestä sekä palvelujärjestelmän kehittämistarpeista.
- Mieli-suunnitelma onnistui vaikuttamaan, koska se oli linjassa yleisemmän kehityssuuntauksen kanssa ja noudatteli sekä kansallisia että kansainvälisiä linjauksia.
- Mieli-suunnitelman kaikkia tavoitteita ei saavutettu osin siksi, että suunnitelman toimeenpano ajoittui poikkeuksellisen pitkään taantumaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon huomion keskittymiseen suurelta osin sote-uudistukseen. Mieli-suunnitelma joutui kilpailemaan huomiosta, tuesta ja resursseista.
- Mieli-suunnitelma olisi onnistunut paremmin, jos koordinaatioon ja toimeenpanoon olisi suunnattu enemmän resursseja.

SUOSITUKSIA

Johtopäätöstensä pohjalta arviointiryhmä suosittelee seuraavaa:

- Asiakkaan asemaa koskevat tavoitteet ovat jatkossakin keskeisiä. Kansalliset ja kansainväliset suuntaukset, kuten työelämän murros ja julkisten palvelurakenteiden muutos sekä kansainväliset kriisit pakolaisvirtoineen, vaikuttavat asiakkaan asemaan monin tavoin. Erityisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuudesta on pidettävä huolta.
- Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteydessä varhaisen puuttumisen keinoilla on osoitettua vaikuttavuutta. Erityisesti elämänsä varhaisemmilla positiivisilla käänteillä voidaan saavuttaa merkittäviä kansanterveyshyötyjä. Vaikuttavaksi osoitettuja interventioita esimerkiksi perhetyössä ja kouluissa on otettava konkreettisesti käyttöön varaamalla niihin tarvittavat voimavarat.
- Edistävän ja ehkäisevän työn alueella tulee huomioida nopeasti kasvaneen maahanmuuttajaväestön tarpeet. Kotouttamiseen liittyvä aktiivinen tuki toimii mielenterveys- ja päihdeongelmia ehkäisevästi. Erityistä huomiota tulee kiinnittää yksin saapuviin lapsiin ja nuoriin sekä traumatisoituneiden asianmukaiseen hoitoon.
- Itsemurhien ehkäisy on syytä ottaa uudelleen agendalle. Aiemmin talouslama on pikemminkin vähentänyt kuin lisännyt itsemurhia Suomessa. Vaikka itsemurhien määrä on Suomessa muiden länsimaiden tapaan laskenut jo pitkään ja tasaisesti, on Suomi edelleen korkean itsemurhakuolleisuuden maa ja suhteellisen nuoren väestönosan kuolinsyynä itsemurhien kansanterveydelliset ja kansantaloudelliset vaikutukset ovat suuria.
- Laitoshoidon käytön minimoiminen ja psykiatrisen sairaalahoidon suunnittelu yleissairaaloiden yhteyteen ovat edelleen perusteltuja kehittämissuuntia.
- Mielenterveys- ja päihdetyön integraatiotavoitteissa painottui ennen muuta mielen-terveys- ja päihdetyön yhteen kokoaminen. Jatkossa, ja erityisesti sote-uudistuksen valmistelun ja toimeenpanon yhteydessä, on syytä edistää myös mielenterveys- ja päihdekysymysten parempaa integroimista osaksi somaattista sairaanhoitoa. Samoin on syytä edistää eri hoitotuskanavien kautta tuetun mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kuntoutuksen parempaa hallinnollista ja toimintaprosessien integraatiota hoitoon ja ehkäisyyn.
- Mieli-suunnitelmassa ei ollut erityistä kehitystavoitetta erilaisissa asumispalveluissa asuvien kroonisesti mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoidon ja kuntoutuksen suhteen. Koska asumispalvelut ovat olleet yksi keskeinen keino laitostaitaisuuden purkamisessa ja asumispalveluissa elävien hoidon ja kuntoutuksen laadun vaihtelu tiedetään suureksi, on asumispalvelut syytä nostaa tulevassa kehitystyössä näkyvämmiin esiin.
- Mieli-suunnitelman (kuten minkä tahansa terveysintervention) todellisten vaikutusten arviointi edellyttää vaikuttavuustiedon kytkemistä potilastietojärjestelmiin, valtakunnallista järjestelmäintegraatiota sekä tiedolla johtamista tukevan raportointijärjestelmän ja -kulttuurin kehittämistä erilaisine vertaamismahdollisuuksineen (benchmarking). Niin kauan kun tietojärjestelmät eivät kykene yhdistämään palveluprosessi- ja sisältötietoja olennaisesti vaikuttavuustietoihin, palvelujärjestelmään kohdistuva kehittämistyö perustuu etupäässä mielipiteisiin, vaikutelmiin ja arvauksiin. Myös Mieli-suunnitelman vaikutuksia arvioitaessa jouduttiin turvautumaan arvioihin ja rinnakkaisiin muutostietoihin, jolloin todistusvoimaista tietoa ohjelman vaikuttavuudesta on vaikea saada. Tämän vuoksi strategista suunnittelua ja johtamista tukevan yhtenäisen ja kattavan potilas/asiakastietojärjestelmän

luominen on ensisijaisen tärkeää ja mahdollistaisi todellisen terveyshyötyihin perustuvan palvelujärjestelmäohjauksen valtakunnallisella tasolla.

- Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen on pidettävä mukana kaikessa palvelujärjestelmän ja hallinnon kehittämistyössä sen suuren kansanterveydellisen ja -taloudellisen merkityksen vuoksi.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen yhteydessä toiminnan ja palveluiden ohjausjärjestelmä muuttuu olennaisella tavalla. Mieli-suunnitelman tapaisten näkemyksellisten ja perusteltujen ohjelmien toimeenpanoon voidaan jatkossa tarttua konkreettisesti. Olisi hyvä käydä keskustelua Mieli-suunnitelmaa vastaavan strategisen ohjelman tarpeesta, kun ohjauksen ja toimeenpanon välineet uudistuvat niin merkittävästi kuin nyt.
- Mielenterveys- ja päihdetyötä on syytä ehdottaa valtakunnallisiin ja alueellisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämispäätöksiin perustuvan ohjausjärjestelmän valmistelun yhdeksi keskeisimmistä painopisteistä ja kehittämiskohteista. Valmistelussa on syytä hyödyntää Mieli-suunnitelman valmistelusta ja toimeenpanosta saadut negatiiviset ja positiiviset kokemukset.

KIRJALLISUUS

- Ala-Nikkola T., Kontio R., Joffe G., Pankakoski M., Malin M., Sadeniemi M., Kaila M. & Wahlbeck K. 2014. Size Matters – Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014; 11:8456-8474.
- Blomgren J., Hytti H. & Gould R. 2011. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys ja sairaustausta eri eläkejärjestelmissä. *Nettityöpapereita* 26. Helsinki: Kela.
- Broer J., Koetsier H. & Mulder CL. 2015. The number of compulsory admissions continues to rise: implications for the new Dutch law on obligatory mental health care. *Tijdschr Psychiatr.* 2015; 57(4):240-7.
- Commonwealth of Australia 2009. Fourth National Mental Health Plan. An agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014. Commonwealth of Australia.
- EC 2005. Green Paper. Improving the mental health of the population: Toward a strategy on mental health for the European Union. Health & Consumer Protection. Directorate-General.
- Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit 2006. *Työpapereita* 3/2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- EN 1998. Public standards to prevent mistreatment of psychiatric patients. Council of Europe.
- EN 1994. Recommendation 1235 (1994) on psychiatry and human rights. Parliamentary Assembly of the Council of Europe.
- EN 1983. Recommendation concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients No. R (83). Council of Europe.
- EPA 2015. EPA Position Paper on Psychiatric Care of Refugees in Europe. European Psychiatric Association.
- Eronen A., Hakkarainen T., Londén P. & Peltosalmi J. 2014. Sosiaalibarometri 2014. Ajan-kohtainen arvio hyvinvoinnista, palveluista sekä palvelujärjestelmän muutoksesta. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.
- EU 2015. Join Action on Mental Health and Wellbeing. <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>
- EU 2008. Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus. EU:n korkean tason konferenssi ”Yhdessä mielenterveyden ja hyvinvoinnin puolesta” Bryssel 12.–13.6.2008.
- Falk H., Kurki M., Rissanen P., Kankaanpää S. & Sinkkonen N. 2013. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. *Työpapereita* 39/2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Gould R., Härkäpää K. ja Järvikoski A. (toim.) 2012. Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012.
- Hastrup A., Hietanen-Peltola M., Jahnukainen J. & Pelkonen M. (toim.) 2013. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste -kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi. THL raportti 3/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- HM Government 2011a. No health without mental health. A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. London. Department of Health.
- HM Government 2011b. No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages. London. Department of Health.
- Honkonen T. & Vuorilehto M. 2011. Masennuksen lyhytpsykoterapia - vähän käytetty mahdollisuus julkisessa terveydenhuollossa. *Suom Lääkäril* 2011;66:1013-7.
- Hytti H. 1998. Varhainen eläkkeelle siirtyminen – Suomen malli. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 32. Kansaneläkelaitos.
- Hytti H. 1993. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen yhteiskunnalliset taustatekijät. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja* M: 87.
- Härkäpää K., Harkko J. & Lehikoinen T. 2013. Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 128. Kelan tutkimusosasto.
- Iivonen S. & Tamminen I. 2013. Ehkäisevän päihdetyön Pakka-toimintamalli. Julkaisussa Laitinen P., Komminaho A., Mäkelä M., Järvinen M., Hilama P., Nykky T., Moring J., Partanen A. & Sutela S. (toim.) 2013. Itä kohtaa lännen - Mieli-suunnitelmaa toteuttamassa 2010–2013. Työpäpaperi 19/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jokinen I. 2013. Kansallisen mieli- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 toimeenpanon johtamisen haasteet. Pro Gradu -tutkielma. Johtamiskorkeakoulu. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Juvonen-Posti P., Pesonen S., Toivio P., Sallmen M., Himanen A-K., Hannu T., Takala E-P., Niiranen K. & Autti-Rämö I. 2014. Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Karjalainen J. & Karjalainen V. 2010. Kuntouttava työtoiminta – aktiivista sosiaalipolitiikkaa vai työllisyyspolitiikkaa? Empiirinen tutkimus pääkaupunki-seudulla. Raportti 38/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kerkkänen H. & Säävälä M. 2015. Maahanmuuttajien psyykkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävät tekijät ja palvelut. Systemaattinen tutkimuskatsaus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Konserni 40/2015.
- Keski-Valkama A. 2010. The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry. a persistent challenge over time. Academic dissertation, University of Tampere.
- Kiilakoski T. 2014. Oppilaiden osallisuudesta koulussa. Työpapereita koulun ja nuorisotyön yhteisestä työstä 11. Kaupunkimaisen nuorisotyön kehittämisverkosto.
- Kivistö M., Jurvansuu H. & Hirvonen L. 2010. Alkoholi ja työpaikka – alkoholihaittojen ehkäisyyn tarve ja käytännöt työpaikoilla Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 38. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kokko S., Heinämäki L., Tynkkynen L-K., Haverinen R., Kaskisaari M., Pekurinen M. & Tammelin M. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportteja 36. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Komminaho A. & Laitinen P. 2013 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmat vauhdittavat edistävää ja ehkäisevää työtä. Julkaisussa Laitinen P., Komminaho A., Mäkelä M., Järvinen M., Hilama P., Nykky T., Moring J., Partanen A. & Sutela S. (toim.) 2013. Itä kohtaa lännen - Mieli-suunnitelmaa toteuttamassa 2010–2013. Työpäpaperi 19/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Korkeila J. 2006. Pakkohoito: milloin ja miten? *Duodecim* 2006; 122(18):2251.

- Kostiainen E., Ahonen S., Verho T., Rissanen P. & Rotko T. 2014. Kokemukset käyttöön – kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Työpaperi 36/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuntoutussäätiö 2011. Ammatillisen kuntoutusprosessin tehostaminen sähköisen asiakaskohdattaisen tietojärjestelmän avulla, loppuraportti. Kuntoutussäätiö: Arviointi- ja koulutusyksikkö.
- Kuosmanen L., Vuorilehto M., Voipio-Pulkki L-M., Laitila M., Posio J. & Partanen A. (toim.) 2010. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. THL. Avauksia 5/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuussaari K. 2010. Katsaus ammattilehdissä suunnitelmasta käytyyn keskusteluun. Julkaisussa Partanen A., Moring J., Nordling E. & Bergman V. (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuiva N. 2011. Takaisin työhön vai työkyvyttömyyseläkkeelle? Työkykyä palauttavat prosessit. Eläketurvakeskuksen keskustelunaloitteita 05/2011.
- Kärnä A., Voeten M., Little T. D., Alanen E., Poskiparta E. & Salmivalli C. 2013. Effectiveness of the KiVa antibullying program: grades 1-3 and 7-9. *Journal of Educational Psychology* 2013; 105(2):535–551.
- Kärnä A., Voeten M., Little T. D., Poskiparta E., Kaljonen A. & Salmivalli C. 2011. A Large Scale Evaluation of the KiVa antibullying program: grades 4-6. *Child Development* 2011; 82(1):311-330.
- Laajasalo T. & Pirkola S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportti 47/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laaksonen M., Blomgren J. & Gould R. 2014. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria. Eläketurvakeskuksen raportteja 05/2014. Rekisteripohjainen tarkastelu.
- Laitinen P., Komminaho A., Mäkelä M., Järvinen M., Hilama P., Nykky T., Moring J., Partanen A. & Sutela S. (toim.) 2013. Itä kohtaa lännen - Mieli-suunnitelmaa toteuttamassa 2010-2013. Työpaperi 19/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Larivaara M. 2010. Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet. Julkaisussa Partanen A., Moring J., Nordling E. & Bergman V. (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lay B., Salize H.J., Dressing H., Rüsch N., Schönenberger T., Bühlmann M., Bleiker M., Lengler S., Korinth L. & Rössler W. 2012. Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC Psychiatry*. 2012 Sep 5;12:136. doi: 10.1186/1471-244X-12-136.
- Lepistö P., Kuosmanen L., Partanen A. & Moring J. (toim.) 2012. Paremmat palvelut avaimia. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa. THL Raportti 64/2012.
- Liukko J. & Kuiva N. Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa. Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus 03/2015. Eläketurvakeskuksen raportteja.
- Luutonen S., Tikka M., Nieminen M., From T. & Salokangas R. 2011. Takuulla hoitoon - mutta millaiseen? VARHAIN-tutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymisestä. *Suomen Lääkärilehti* 2011; 66(43):3227–3231.

- Markkula J., Fors R., Hamilas M., Heimala H., Kejonen A., Kokkonen T. & Tamminen I. 2014. Ehkäisevän päihdetyön rakenteet kunnissa 2013 – tietoa laadukkaan toiminnan pohjaksi. Tutkimuksesta tiiviisti 15/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- McGorry P., Bates T. & Birchwood M. 2013. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry* 2013; 201:30-35.
- Mental Health Commission of Canada 2012. Changing directions, changing lives: The Mental Health Strategy for Canada. Calgary.
- Metteri A. 2012. Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikön väitöskirja.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. *Selvityksiä* 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. *Julkaisuja* 2012:24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantarayhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Moring J., Putkonen A., Korhonen J. & Makkonen P. (toim.) 2015. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääntyminen hoidossa. Työkirja LUONNOS. Työkirjan luonnos (29.5.2015) kommenttikierrosta varten 1.–30.6.2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Moring J., Martins A., Partanen A., Bergman V., Nordling E. & Nevalainen V. (toim.) 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Moring J., Martins A., Partanen A., Bergman V. & Nordling E. (toim.) 2012. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Raportti 46/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Moring J., Bergman V., Nordling E., Markkula J., Partanen A. & Soikkeli M. (toim.) 2013. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. THL. Työpaperi 15/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mussalo-Rauhamaa H., Savikko R., Kernisalo-Perälä S. & Paakkola K. 2015. Työterveyshuolto ja haasteet – työterveyshuollon yksiköille tehtyjen kyselyjen tuloksia. *Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja* 37/2015.
- Näätänen P. 2014. HUS Psykiatrian tiekarttatyöryhmän loppuraportti.
- OECD 2015. Fit mind, fit job. From evidence to practice in mental health and work. Paris: OECD Publishing.
- OECD 2014. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Partanen A. & Moring J. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma kehityksen linjaajana. Teoksessa Hänninen S. & Junnila M. (toim.) Vaikuttavatko politiikkatoimet? Sosiaali- ja terveydenhuolto vaikuttavuusarvioinnin kohteena. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Partanen A. 2011. STM:n ohjausryhmän toiminta. Julkaisussa Moring J., Martins A., Partanen A., Bergman V., Nordling E. & Nevalainen V. (toim.) 2011. Kansallinen mielenterveys- ja

- päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Partanen A., Moring J., Nordling E. & Bergman V. (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Partio T. 2015. Kuntoutuspsykoterapia on nuorten yleisin kuntoutus. Sosiaalivakuutus. Tutkimus & tilastot 8.7.2015.
- Patana P. 2014. Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Finland, OECD Health Working Papers, No. 72, OECD Publishing.
- Paunio T., Lindfors O., Kalska H., Karlsson H., Kurri K., Lehtovuori P., Melart P., Melartin T., Näätänen P., Pirkola S. & Wahlström J. 2012. Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. Suomen Lääkärilehti 2012; 37:2547–2553.
- Pelttari H. & Kaila M. 2014. Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Nykytila ja toimenpideehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Piha J. & Wahlström J. 2013. Psykoterapia ja yliopistoyhteistyö. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013; 129(19):1964-5.
- Pirkola S., Sund R., Sailas E. & Wahlbeck K. 2009. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. Lancet 10;373(9658): 147–53.
- Pirttijärvi M. 2013. Merkintöjä marginaalissa. Terveys- ja sosiaalialityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen edellytysten määrittelijänä. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisen ja filosofian laitoksen lisensiaattitutkimus.
- Puustinen-Korhonen A. 2013. Lastensuojelun kuntakyselyn tulokset. Suomen Kuntaliitto 2013.
- Pylkkänen K. 2013. Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus. NALLE-projektin loppuraportti. Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys.
- Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto.
- Rainio J. & Rätty T. 2015. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2013. Tilastoraportti 2/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
- Rauhala L. 2013. Kokemusasiantuntijakoulutus ja -toiminta Keski-Suomessa. Julkaisussa Laitinen P., Komminaho A., Mäkelä M., Järvinen M., Hilama P., Nykky T., Moring J., Partanen A. & Sutela S. (toim.) 2013. Itä kohtaa lännen - Mieli-suunnitelmaa toteuttamassa 2010–2013. Työpäpaperi 19/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rissanen P., Sinkkonen N., Sohlman T. & Kurki M. 2015. Kokemusasiantuntijakoulutuksen suositukset. Mielen avain hanke.
- Robson C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.
- Rovasalo A. & Jüriloo A. 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. Duodecim 2011: 127 (23).
- Räsänen K., Toivonen A., Pyörälä E. & Hakkarainen K. (toim.) 2015. Työterveyshuollon erikoislääkäri-koulutuksen arviointi kaudelta 2009–2013. Raportteja ja muistioita 2015:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö
- Räsänen K. & Sauni R. 2012. Työterveyshuolto. Teoksessa Kauppinen T., Mattila-Holappa P., Perkiö-Mäkelä M., Saalo A., Toikkanen J., Tuomivaara S., Uuksulainen S., Viluksela M. & Virtanen S. (toim.). Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Sadeniemi M., Pirkola S., Pankakoski M., Joffe G., Malin M., Ala-Nikkola T. & Wahlbeck K. 2014. Primary Care Mental Health Resourcing Affect the Use and Costs of Secondary Psychiatric Services? Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, Res. 11,1.

- Saikk P. & Sinervo L. 2010. Työttömien terveystalouden juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksista, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Raportti 42/2010. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos.
- Salize H.J., Dressing H. & Peitz M. 2002. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients - legislation and practice in EU-member states. Mannheim: Central Institute of Mental Health.
- Sassi F. (toim.) 2015. Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy. Paris: OECD Publishing
- Seppänen-Järvelä R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Sinivuori K. 2011. Talouskriisi pahensi nuorisotyöttömyyttä myös Suomessa. Tieto & trendit 8/2011. Tilastokeskus.
- Snellman O., Seikkula J., Wahlström J. & Kurri K. 2014. Aikuisten turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten mielenterveyden ja psyykkisten ongelmien erityispiirteet. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2014; 51:203–222.
- Soininen M. 2013. 30-60-90 laki on monelle outo. Suomen lääkäri 2013; 37:2263.
- Stenius K., Kekki T., Kuussaari K. & Partanen A. 2012. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 2012; 77:167–175.
- STM 2015a. Vammaislainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:21. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2015b. Hankkeet ja säädösvalmistelu. www.stm.fi
- STM 2014. Toimiva lastensuojelu. Toteuttamissuunnitelma vuosille 2014–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2013a. Toimiva lastensuojelu. Selvitysryhmän raportti. Raportteja ja muistioita 2013:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2013b. Toimintakonsepti osatyökykyisten työllistymiseksi. Osatyökykyiset työssä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012–2015. Julkaisuja 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2011a. Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Selvityksiä 2011:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2011b. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystalouden 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2011:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2010. Lapset ja nuoret terveiksi ja hyvinvoiviksi. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan toimenpide-ehdotukset. Selvityksiä 2010:26. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2009a. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. Selvityksiä 2009:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2009b. Neuvottelutoiminta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Julkaisuja 2009:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2004. Sosiaalisen työllistämisen työryhmän raportti. Työryhmämuistioita 2004:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suomen Mielenterveysseura 2015. Kehittämistoiminnan verkkosivut. www.mielenterveysseura.fi
- Suomalainen Lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2006. Konsensuslausuma 18.10.2006. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2007; 123(1):112-120.

- Tamminen N. & Solin P. 2013. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman verkko-sivut. www.thl.fi
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b. TEAviisari. <http://beta.teaviisari.fi/teaviisari/fi/index>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015c. Kaste-ohjelman verkko-sivut. www.thl.fi.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015d. Päihdetilastollinen vuosikirja 2015. Alkoholi ja huumeet. SVT. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. THL:n Toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009–2015. Toimenpiteet 2009–2010.
- Thornicroft G. & Tansella M. 2013. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *Br. J. Psychiatr.* 2013; 202:246–248.
- Thornicroft G., Tansella M. & Law A. 2008. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatr.* 2008; 7:87–92.
- Thornicroft G. & Tansella M. Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *Br. J. Psychiatr.* 2004; 185:283–290.
- Tilastokeskus 2015. Erityisopetus 2014. Suomen virallinen tilasto. Koulutus 2015.
- Tuohimäki C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. *Acta Univ. Oul. D 940*, Oulu, Finland.
- Työelämäryhmä 2010. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010.
- Työ- ja elinkeinoministeriö 2011. Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveystalvelut. Työelämäryhmän loppuraportti. TEM raportteja 10/2011. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 2014a. Pitkäaikaistyöttömien työllistyminen ja syrjäytymisen ehkäisy. Valtiontalouden tarkastusviraston jälkiseurantaraportti 17.12.2014 tarkastuskertomukseen 7/2011.
- Valtion tarkastusvirasto 2014b. Nuorisotyöttömyyden hoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 8/2014.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 2013. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Kuntoutus työurien pidentäjänä. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 2/2013.
- Vanhanen S-L. 2010. Keskittymättömän lapsen ja nuoren hoito. Kokemuksia palveluketjun toimivuudesta. *Suomen Lääkärilehti* 2010; 65(24):2199-2204.
- Vanhustyön keskusliitto 2015. Eloisa ikä -ohjelma-asiakirja.
- Varis T. & Virtanen S. 2015. Alkoholijuomien kokonaiskulutus 2014. Tilastoraportti 14/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vuorenkoski L., Mladovsky P. & Mossialos E. 2008. Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2008; 10(4):1-168.
- Wenho M. 2012. Mielenterveyspotilaan oikeusturva hallintoprosessissa: Toteutuuko oikeudenmukainen oikeudenkäynti? Pro Gradu -tutkielma. Oikeustieteiden tiedekunta. Hallinto-oikeus. Lapin yliopisto.
- WHO 2014a. Mental Health Atlas 2014. World Health Organization.
- WHO 2014b. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.
- WHO 2013a. The European Mental Health Action Plan. Regional Committee for Europe. Sixty-third Session.
- WHO 2013b. Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization
- WHO 2013c. The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013
- WHO 2012. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. World Health Organization.

- WHO 2010. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World Health Organization.
- WHO 2009. Improving health systems and services for mental health. Geneva: World Health Organization (Mental Health policy and service guidance package)
- WHO 2008a. Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO 2008b. Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. World Health Organization.
- WHO 2007. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization (Mental Health policy and service guidance package).
- Wiss K., Frantsi-Lankia M., Pelkonen M., Saaristo V. & Ståhl T. 2014a. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2014. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Ohjaus 21/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Wiss K., Saaristo V., Ståhl T. Peltonen H. & Laitinen K. 2014 b. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2013. Tutkimuksia tiiviisti 12. Toukokuu 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

LIITTEITÄ

Kyselylomake

Mieli 2009 -arviointikysely

Tervetuloa vastaamaan Mieli 2009 -arviointikyselyyn!

Kysely koostuu neljästä kysymyskokonaisuudesta, jotka käsittelevät asiakkaan asemaa, ennaltaehkäiseviä palveluita, palvelujen toimivuutta sekä Mieli 2009 ohjelman ohjausvaikutusta.

Kussakin kysymyskokonaisuudessa tehdään yksi arvio. Lisäksi toivomme Sinulta muutamia konkreettisia esimerkkejä omasta organisaatiostasi sekä kehittämisedellytyksiin liittyviä huomioita. Lopussa on vielä muutama avoin kysymys, joihin myös toivomme sinulta näkemyksiäsi palvelujärjestelmän kehittämiseksi.

Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa n. 15 minuuttia.

Vastaukset käsitellään tunnistamattomina.

Toiminta-alueesi (OHJE: täytä KAKSI tasoa: (1) Sairaanhoidopii-ri/valtakunnallinen taso, ja tämän valittuasi nousee ikkuna, josta valitse (2) kunta/valtakunnallinen suunta)

Edustan pääasiassa

- ☐ Mielenterveyspalveluita
- ☐ Päihdepalveluita
- ☐ Sekä mielenterveys- että päihdepalveluita

**Mikä on vastuutasosi/tehtäväalueesi mielenterveys- tai päihdepalveluis-
sa?**

- ☐ Asiakkaan edustaja
- ☐ Työntekijä
- ☐ Esimiestyöntekijä
- ☐ Asiantuntija
- ☐ Johtaja
- ☐ Jokin muu, mikä? _____

Mitä palveluiden tuottajatahoa edustat?

- ☐ Potilas- tai omaisjärjestöt
- ☐ Sosiaali- tai terveysjärjestöt
- ☐ Yksityiset palveluntuottajat
- ☐ Kunnalliset peruspalvelut
- ☐ Erikoissairaanhoito
- ☐ Jokin muu, mikä? _____

Mikä on organisaatiosi/vastuualueesi kohderyhmä? (voit valita useamman vaihtoehdon)

- ☐ Lapset ja lapsiperheet
- ☐ Nuoret
- ☐ Aikuiset
- ☐ Vanhukset
- ☐ Kaikki ikäryhmät

Mikä on suhteesi Mieli 2009 - Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan?

- () En ole lainkaan perehtynyt Mieli -2009 suunnitelmaan
 () Olen hyvin vähän perehtynyt (olen kuullut suunnitelmasta ja pintapuolisesti tiedän sisällön)
 () Olen kohtalaisen perehtynyt (olen lukenut suunnitelman ja hyödyntänyt sitä toiminnan kehittämisessä)
 () Olen hyvin perusteellisesti perehtynyt (olen aktiivisesti analysoinut suunnitelmaa ja käyttänyt sitä kehittämistyön tukena)
 () Olen toiminut Mieli 2009 -projektityöntekijänä
 () Olen toiminut Mieli 2009 -ohjausryhmässä tai neuvonantajana

Asiakkaan aseman vahvistumiseen kuuluvat mm

- myönteisemmät asenteet
- palveluvalmiuksia ja -osaamista kehittävä koulutus
- tasavertaisuus riippumatta terveysongelmasta
- kokemusasiantuntijoiden kuuleminen ja osallistuminen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin
- kieli ja kulttuuritaustan huomioiminen
- matalan kynnyksen palvelut
- stigmatisoinnin vähentäminen

Kaiken kaikkiaan, missä määrin ja mihin suuntaan mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivän asiakkaan asema on muuttunut organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Huomattavasti huonompaan suuntaan kuin aikaisemmin	Hieman huonompaan suuntaan kuin aikaisemmin	Pysynyt samana	Hieman parempaan suuntaan kuin aikaisemmin	Huomattavasti parempaan suuntaan kuin aikaisemmin	En osaa sanoa
()	()	()	()	()	()

Konkretisoi kaksi tärkeintä esimerkkiä siitä, miten asiakkaan asema on parantunut organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana

1. tärkein esimerkki parannuksista _____
2. tärkein esimerkki parannuksista _____

Mitkä asiat/muutokset ovat edesauttaneet asiakkaan aseman parantamispyrkimyksiä organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Konkretisoi kaksi tärkeintä esimerkkiä siitä, miten asiakkaan asema on huonontunut organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana

1. tärkein esimerkki huononnuksista _____
2. tärkein esimerkki huononnuksista _____

Mitkä asiat ovat estäneet tai vaikeuttaneet asiakkaan aseman parantamispyrkimyksiä organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työhön kuuluvat mm.

- hyvinvointia tukeva osallisuus, yhteisöllisyys ja alueellinen koordinaatio
- kansalaisen mahdollisuudet vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin
- sukupolvien yli siirtyvien ongelmien ehkäiseminen
- mielenterveys- ja päihdetyön strategia ja sen huomioiminen osana laajempia kokonaisuuksia
- kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen strategiatyössä
- riskiryhmissä olevien lasten ja nuorten tasapainoisen kasvun tukeminen sekä muiden riskiryhmien tukeminen
- lähisuhde ja perheväkivallan ehkäiseminen

Kaiken kaikkiaan, kuinka paljon organisaatiossasi/vastuualueellasi on panostettu varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisevään työhön viimeisten kolmen vuoden aikana?

Huomattavasti vähemmän kuin aikaisemmin	Hieman vähemmän kuin aikaisemmin	Saman verran kuin aikaisemmin	Hieman enemmän kuin aikaisemmin	Huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin	En osaa sanoa
()	()	()	()	()	()

Konkretisoi kaksi tärkeintä esimerkkiä siitä, miten organisaatiossasi/vastuualueellasi on toteutettu varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisevää työtä viimeisten kolmen vuoden aikana?

1. tärkein esimerkki _____
2. tärkein esimerkki _____

Mitkä asiat ovat edesauttaneet varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työn toteuttamista organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Mitkä asiat ovat olleet esteenä varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työn toteuttamiselle organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Toimiviin palvelukokonaisuuksiin kuuluvat mm.

- hoitomallien kehittäminen yli organisaatiorajojen
- perus- ja avopalvelujen tehostaminen esim. lisäämällä mielenterveys- ja päihdetyön päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja?
- lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyön palvelujen toteuttaminen ensisijaisesti lapsen omassa arkisessa elinympäristössä kodissa, päivähoidossa tai koulussa erikoispalvelujen tuella
- yhteistyö lastensuojelun, mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian kesken
- perheen ja muiden läheisten tuen tarpeen huomioiminen, lasten huomioimi-

nen

- mielenterveyskuntoutujien työllistymisedellytysten parantaminen
- ikääntyvien mielenterveyshäiriöihin ja päihdeongelmiin puuttuminen ajoissa ja heille sopivien hoitomuotojen kehittäminen

Kaiken kaikkiaan, missä määrin organisaatiossasi/vastuualueellasi on kehitetty toimivia palvelukokonaisuuksia viimeisten kolmen vuoden aikana?

Huomattavasti vähemmän kuin aikaisemmin ()	Hieman vähemmän kuin aikaisemmin ()	Saman verran kuin aikaisemmin ()	Hieman enemmän kuin aikaisemmin ()	Huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin ()	En osaa sanoa ()
--	---	--------------------------------------	--	---	----------------------

Konkretisoi kaksi tärkeintä esimerkkiä siitä, miten organisaatiossasi/vastuualueellasi on kehitetty toimivia palvelukokonaisuuksia viimeisten kolmen vuoden aikana

1. tärkein esimerkki _____
2. tärkein esimerkki _____

Mitkä asiat ovat edesauttaneet toimivien palvelukokonaisuuksien kehittämisessä organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Mitkä asiat ovat olleet esteenä toimivien palvelukokonaisuuksien kehittämisessä organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Mikä on käsityksesi siitä, miten ns. yhden oven palveluperiaate toteutuisi parhaiten?

Mieli 2009 -suunnitelman ohjausmenetelminä ovat olleet mielenterveys- ja päihdetyön

- opetuksen kehittäminen
- suositukset
- koordinointi
- resurssien vahvistaminen
- lakimuutokset

Kaiken kaikkiaan, miten arvioit Mieli 2009 -mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vaikuttaneen palveluiden parantumiseen organisaatiossasi/vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana?

Ei lainkaan vaikutusta	Vähän vaikutusta	Kohtalaisesti vaikutusta	Paljon vaikutusta	Erittäin paljon vaikutusta	En osaa sanoa
------------------------	------------------	--------------------------	-------------------	----------------------------	---------------

() () () () () ()

Konkretisoi kaksi tärkeintä esimerkkiä siitä, miten Mieli 2009 -suunnitelma on vaikuttanut palveluihin organisaatiossasi/ vastuualueellasi viimeisten kolmen vuoden aikana

1. tärkein esimerkki _____
 2. tärkein esimerkki _____

Mitkä asiat ovat olleet esteenä Mieli 2009 -suunnitelman vaikuttavuudelle organisaatiossasi/vastuualueellasi?

Mitkä asiat ovat edesauttaneet Mieli 2009 -suunnitelman vaikuttavuutta organisaatiossasi/vastuualueellasi?

Kaiken kaikkiaan, minkä kouluarvosanan antaisit Mieli 2009 -suunnitelman sisällölle?

4	5	6	7	8	9	10	En osaa sanoa
()	()	()	()	()	()	()	()

Kaiken kaikkiaan, minkä kouluarvosanan antaisit Mieli 2009 -suunnitelman toteutukselle?

4	5	6	7	8	9	10	En osaa sanoa
()	()	()	()	()	()	()	()

Mitä olisi voinut tehdä paremmin?

Mitä vielä halua sanoa Mieli 2009 -suunnitelmasta?

Yhteenveto asiantuntijahaastatteluista

Työryhmä haastatteli arvioinnin tavoitteisiin liittyen kymmentä asiantuntijaa mielenterveys- ja päihdetyön eri alueilta. Haastattelut toteutettiin noin 45–60 minuutin mittaisina semistrukturoituina teemahaastatteluina. Taulukossa on esitetty haastatteluissa esiin tuotuja näkemyksiä haastattelurungon mukaisesti teemoittain.

Haastattelun teema	Haastateltavien keskeisiä näkemyksiä
Suunnitelman sisältö ja linjaukset Yleisesti	Vallitsevat näkemykset: Mieli-suunnitelma oli sisällöltään kattava ja onnistui tarttumaan keskeisiin kysymyksiin. Muita näkemyksiä: Mieli-suunnitelman sisältö oli linjassa jo alkaneen kehittämistyön kanssa. Mieli-suunnitelmassa oli monentasoisia ehdotuksia, eikä erillisiä kärkitavoitteita oltu asetettu. Suunnitelmalta olisi kaivattu enemmän terävyyttä. Suunnitelman on painottunut korjaavaan työhön ja edistävän ja ehkäisevän työn on jäänyt liian vähäiselle painotukselle
Suunnitelman sisältö ja linjaukset Ehdotukset	Vallitsevat näkemykset: Mieli-suunnitelman ajatus palveluiden integraatiosta on ollut edelläkävijä muihin strategioihin nähden. Muita näkemyksiä: Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroinnissa on myös haasteita ja riskejä. Konkreettisiksi puutteiksi nimettiin muun muassa itsemurhien ehkäisyn liian vähäinen painotus, vanhemmuuden tukemisen ja kouluissa tapahtuvan mielenterveyden edistämisen jääminen vähäiselle huomiolle sekä ikääntyvien mielenterveysongelmien ja päihteiden käytön ennaltaehkäisyn vähäinen painottuminen.
Suunnitelman sisältö ja linjaukset Suhde kansalliseen kehitykseen	Näkemyksiä: Mieli-suunnitelma on ollut edelläkävijä moniin strategioihin nähden. Mieli-suunnitelma antoi mahdollisuuden tarkastella mielenterveys- ja päihdeasioita omana kokonaisuutenaan.
Suunnitelman sisältö ja linjaukset Suhde kansainväliseen kehitykseen	Vallitseva näkemys: Mieli-suunnitelma on saanut paljon vaikutteita kansainvälisestä kehityksestä ja vastaa kansainvälisesti tehtyjä linjauksia. Muita näkemyksiä: Suunnitelmasta puuttuu myös paljon sellaista, mitä muualla on tehty. Edistävä ja ehkäisevä työ ovat keskiössä myös EU:n strategioissa.
Suunnitelman toimeenpano	Näkemyksiä: Toimeenpanoa edisti Mieli-suunnitelman pohjautuminen jo käynnissä olleeseen kehittämistyöhön. Suunnitelman linjaukset olivat jo kentällä valmiiksi hyväksytyjä ja suunnitelmalle oli tilausta. Suunnitelman ilmestyessä tiedottaminen oli ansiokasta, mutta viime vuosina se on ollut vähäisempää. Alueiden välille syntyi positiivista kilpailua tunnusluvuilla. Kaste-hankkeet ja -rahoitus edistivät toimeenpanoa, mutta Kaste-rahoituksen hallinnointi ja korvamerkityn rahan lopettaminen mielenterveys- ja päihdehankkeisiin hankaloittivat toimeenpanoa. Toimeenpanoa hankaloittivat taloudelliset realiteetit. Suunnitelma ei ole ollut tarpeeksi esillä julkisessa mediassa, eikä ammattilehdissä.
Toimenpiteiden ja ta-	Vallitseva näkemys:

voitteiden toteutuminen Painopistealue I	<p>Kokemusasiantuntijuutta on edistetty Mieli-suunnitelman toimintakaudella.</p> <p>Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa on vähentynyt.</p> <p>Muita näkemyksiä:</p> <p>Yhdenvertaisuutta on Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana edistetty ja asiakaslähtöisyys on lisääntynyt.</p> <p>Oikeaa asiakaslähtöistä asennetta on edelleen liian vähän.</p> <p>Palveluihin pääsyssä on tapahtunut jonkin verran edistystä.</p> <p>Perustason osaamista on lisätty ja matalankynnyksen palvelut ovat jonkin verran lisääntyneet.</p> <p>Matalakynnyksisyydessä ei ole tapahtunut juurikaan muutosta ja alueellisia eroja on paljon.</p> <p>Kokemusasiantuntijuus on saanut Mieli-suunnitelman toimeenpanossa ylikorostuneen aseman.</p> <p>Kokemusasiantuntijuuteen liittyvät käsitteet etsivät vielä paikkaansa ja toiminnalle tulisi luoda rakenteet</p> <p>Hoitokulttuurin muutos on vaikuttanut myönteisesti pakon käytön vähenemiseen.</p> <p>Verkosto pakon käytön vähentämiseksi on edesauttanut myönteistä kehittymistä.</p> <p>Vapaaehtoisessa hoidossa saattaa olla sellaista harmaampaa pakon käyttöä, jonka osalta on epäselvää, mitä on tapahtunut.</p>
Toimenpiteiden ja ta- voitteiden toteutuminen Painopistealue II	<p>Näkemyksiä:</p> <p>Mieli-suunnitelman myötä on tultu tietoisemmiksi mielenterveyden edistämisestä.</p> <p>Edistävää ja ehkäisevää työtä koskeva painopistealue on jäänyt vähemmälle huomiolle ja tällä saralla olisi vielä paljon parannettavaa.</p> <p>Haasteena on se, että edistävää työtä tehdään monella eri sektorilla.</p> <p>Resursseja ennaltaehkäisevään ja edistävään työhön on ollut vaikea löytää.</p> <p>Mielenterveys- ja päihdestrategioita on tehty Mieli-suunnitelman toimintakaudella enemmän ja useassa kunnassa strategia on jo olemassa.</p>
Toimenpiteiden ja ta- voitteiden toteutuminen Painopistealue III	<p>Vallitseva näkemys:</p> <p>Palvelut ovat edelleen pirstaleisia ja koordinaatiota ja palveluohjausta tarvitaan lisää.</p> <p>Perus- ja avohoitopalvelujen tehostamisessa on menty Mieli-suunnitelman toimintakaudella eteenpäin.</p> <p>Muita näkemyksiä:</p> <p>Palvelukokonaisuuksien rakentuminen on jäänyt usein siihen, että on tehty organisatorista yhdistämistä, mutta kokonaisuudelle ei välttämättä ole tehty mitään.</p> <p>Niin kauan kun palvelujärjestelmä on muutoksessa, työntekijät eivät tiedä, mihin he ohjaavat asiakkaita.</p> <p>Hankintalainsäädännöllä on oma vaikutuksensa siihen, että sosi-aali- ja terveydenhuollon keskeisetkin periaatteet saattavat si-vuuttua ja palvelukokonaisuudet saattavat silppuuntua entises-tään.</p> <p>Mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteyttä on lisätty, avopalve-luja on kehitetty ja perustason osaamista lisätty.</p> <p>Työnjako erikoissairaanhoidon kanssa on kehittynyt.</p> <p>Sairaalahoidon järjestäminen on sujunut suunnitelman linjausten mukaisesti ja sairaansijoja on vähennetty.</p> <p>Laitoshoidossa on edelleen suuret alueelliset erot.</p> <p>On ollut epäselvyyttä siitä, mitä integraatiolla ylipäätään suunni-telmassa tarkoitetaan.</p> <p>Lasten ja nuorten palveluissa on näkyvissä positiivinen trendi ja Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana on toteutettu myön-teisiä projekteja.</p>

	<p>Etenkin käytöshäiriöisten lasten hoito on edelleen ongelmallista, eikä tätä teemaa huomioitu tarpeeksi Mieli-suunnitelmassa.</p> <p>Lainsäädännön tasolla uusimmassa oppilas- ja opiskelijahuolto-laissa on kiinnitetty huomiota ennaltaehkäisyyn, mutta samalla on tullut huononnus, kun laissa on rajattu sitä, ketkä saavat keskustella nuoren asioista ilman erillistä lupaa. Nyt asioiden on kehityttävä niin pitkälle, että on lastensuojelun asia, ennen kuin päästään puhumaan.</p> <p>Mielenterveysasioiden merkitys ymmärretään nykyään työpaikoilla paremmin.</p> <p>Mieli-suunnitelman toimintakauden aikana ei ole tapahtunut työllistymisedellytysten kannalta paljoakaan.</p> <p>Mieli-suunnitelman kautta ikäihmisten palvelujen tarpeen tunnistaminen on lisääntynyt.</p>
Toimenpiteiden ja tavoitteiden toteutuminen Painopistealue IV	<p>Näkemyksiä:</p> <p>Mielenterveys- ja päihdetyön opetus on kehittynyt monelta osin. Mieli-suunnitelman linjaukset eivät ole tarpeeksi esillä erikoistuvien lääkärien koulutuksen sisällöissä.</p> <p>Opetusta on yliopistojen puolella vähän, vaikka kansallisesti tämä olisi erittäin tärkeää.</p> <p>Päihdetyön ja mielenterveystyön koulutuksen kehittäminen ja siihen liittyvä integraatio ovat jääneet toteutumatta.</p> <p>Itsemääräämisoikeuslain valmistelu, uusi sosiaalihuoltolaki ja mielenterveyslain laajempi uudistaminen ovat positiivista kehitystä.</p> <p>Muutoksia on tähän mennessä tehty vasta, kun Suomi on saanut langettavia tuomioita.</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuoltolaki ovat hyvin erilaisia ja tämä on erityisen ongelmallista integraatiopyrkimystä ajatellen</p>
Ohjelmaohjaus	<p>Vallitseva näkemys:</p> <p>Mieli-suunnitelma on ollut tarpeellinen ja tärkeä.</p> <p>Mieli-suunnitelman toimintakauden päättyessä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistä tulisi aktiivisesti jatkaa ja sote-uudistuksen myötä olisi nyt erityisen hyvä mahdollisuus toteuttaa monia Mieli-suunnitelman linjauksia.</p> <p>Muita näkemyksiä:</p> <p>On hyvä, että suunnitelman sisällöt olivat pitkälti lähtöisin kentällä jo vallinneesta kehittämisilmapiiristä.</p> <p>Ohjelmaohjaukseen liittyy aina reunaehdoja ja rinnakkaisia prosesseja, joilla on merkitystä ohjelman vaikutusmahdollisuuksiin.</p> <p>Riittääkö mielenterveys- ja päihdekysymysten huomioiminen muussa terveys- ja hyvinvointisuunnittelussa, vai tarvitaanko erillistä, suunnitelmallista jatkokehitystyötä</p>

Mieli-suunnitelman neljä painopistealuetta ja 18 ehdotusta (tiivistetty)

I Asiakkaan asemaa vahvistetaan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vahvistetaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten yhdenvertaisuutta palveluihin pääsyssä ja palveluiden saamisessa. 2. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee matalalla kynnyksellä ja joustavasti yhden oven periaatteella sosiaali- ja terveyskeskuksen kautta. 3. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. 4. Tahdosta riippumattonta hoitoa koskevat säännökset kootaan yhteen lakiin. Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon ottamisen yhteyteen kehitetään ulkopuolisen asiantuntijan arviointikäytäntö. Toteutetaan valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma psykiatrisessa sairaalahoidossa. 5. Kehitetään hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturvan muotoja
II Panostetaan mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen
<ol style="list-style-type: none"> 6. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi keskitytään kolmeen osa-alueeseen: <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholisten korotetaan merkittävästi vuoden 2009 tasosta • Hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistetaan ja kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin lisätään • Tunnistetaan ja ehkäistään mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen yli sukupolvien 7. Kunnat tekevät mielenterveys- ja päihdetyön strategian ja sisällyttävät sen osaksi kuntastrategiaa. Ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön asemaa vahvistetaan alueellisilla koordinaattoreilla.
III Mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään avo- ja peruspalveluja painottavana, asiakkaan kannalta joustavasti toimivana kokonaisuutena
<ol style="list-style-type: none"> 8. Kunnat koordinoivat mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi. 9. Kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja lisäämällä ja monipuolistamalla mielenterveys- ja päihdetyön päivityksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja. Erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoito yhdistetään. Psykiatrinen sairaalahoito siirretään pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen. 10. Kuntien järjestämä lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö toteutetaan ensisijaisesti lasten ja nuorten arjessa elinympäristössä. Mielenterveystyö ja päihdetyön erikoispalvelut tukevat tässä työssä peruspalveluja. 11. Työikäisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyä ja varhaista puuttumista edistetään työterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksella ja Kelan korvauskäytäntöjä kehittämällä. Työterveyshuollon koordinaattorin roolia työpaikan, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä vahvistetaan. 12. Työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työttömien työkykyä uhkaaviin tekijöihin puututaan ajoissa. Työelämään pyrkivien työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevien kuntoutujien työllistymisedellytyksiä parannetaan. 13. Ikääntyvien mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja niiden hoitoa varhennetaan ja tehostetaan muun muassa kehittämällä ikääntyneille sopivia hoitomuotoja.
IV Mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinoja kehitetään
<ol style="list-style-type: none"> 14. Mielenterveystyön opetuksen minimisisällöt määritellään ja sisällytetään päihdetyön opetuksen minimisisältöjen kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla kaikkiin peruskoulutuksen opetusohjelmiin 15. THL kokoaa mielenterveys- ja päihdetyön suositukset yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tietokantaan ja huolehtii keskeisimpien suositusten päivittämisestä ja toteutumisen seurannasta. THL tukee mielenterveys- ja päihdetyön hyvien käytäntöjen toimeenpanoa. 16. Kaikki hallinnon alat ottavat huomioon toimintansa ja päätöksensä vaikutuksen kansalaisten mielenterveyteen ja päihdeiden käyttöön. Mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelun ja kehittämisen valtakunnallista koordinaatiota yhdistetään. 17. Lisätään sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määrää perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi ja kohdennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan suunnattuja valtionavustuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen. Tehostetaan muiden palvelujärjestelmän kehittämistyöhön käytettävien rahoitusmahdollisuuksien käyttöä. 18. STM päivittää mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain sekä selvittää mahdollisuuden yhdistää mielenterveys- ja päihdehuoltolait

Kansainvälisiä linjauksia

Kansainvälisiä linjauksia	Pääsisällöt
<p>Helsingissä pidetyssä ministerikonferenssissa WHO:n Euroopan alueen jäsenvaltioiden hyväksymä Euroopan julistus (EUR/04/5047810/6) ja toimintasuunnitelma (2005)</p> <p>Suunnitelmassa luotiin leimautumiseen ja syrjintään puuttumiseen ja yhteisöpohjaisia palveluja kehittämään pyrkivä toiminta-ohjelma.</p>	<p>Prioriteetit:</p> <ul style="list-style-type: none"> tiedon lisääminen henkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tärkeydestä yhteinen kamppailu stigmaa ja siitä aiheutuvaa häpeää, syrjintää ja eriarvoisuutta vastaan ja mielenterveysongelmista kärsivien ja heidän perheidensä vahvistaminen ja tukeminen kattavien, integroitujen ja tehokkaiden mielenterveystyötä toteuttavien rakenteiden suunnittelu ja käyttöönotto, siten, että nämä rakenteet kattavat mielenterveyden edistämisen, häiriöiden ennaltaehkäisyä, hoidon ja kuntoutuksen, kaikilla edellä mainituilla alueilla pätevän ja tehokkaan työvoiman hankkiminen palveluiden käyttäjien ja heidän läheistensä kokemuksen ja asiantuntemuksen tärkeyden ymmärtäminen suunniteltaessa ja kehitettäessä palveluita
<p>Green Paper. Improving the mental health of the population: Toward a strategy on mental health for the European Union (Euroopan komissio 2005)</p> <p>Vihreän kirjan tarkoituksena oli käynnistää keskustelu siitä, mikä on mielenterveyden merkitys EU:n kannalta, tarvitaanko EU:n tasoista strategiaa ja mitkä ovat strategian mahdolliset painopisteet.</p>	<p>Prioriteetit:</p> <ul style="list-style-type: none"> koko väestön mielenterveyden edistäminen toimet psyykkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisemiseksi mielenterveysongelmaisten ja psyykkisesti vammaantuneiden elämänlaadun parantaminen edistämällä heidän sosiaalista osallisuuttaan ja suojelemalla heidän oikeuksiaan ja ihmisarvoaan mielenterveyttä käsittelevän EU:n laajuisen tiedotus-, tutkimus- ja tietämysjärjestelmän kehittäminen
<p>EU:n korkean tason konferenssissa ”Yhdessä mielenterveyden ja hyvinvoinnin puolesta” solmittu Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus (EU 2008), jossa tunnustettiin mielenterveyden ja hyvinvoinnin tärkeys ja merkitys Euroopan unionille, sen jäsenvaltioille, sidosryhmille ja kansalaisille</p>	<p>Sopimuksessa kehoitettiin ryhtymään toimiin viidellä ensisijaisella alueella:</p> <ol style="list-style-type: none"> Masennuksen ja itsemurhien ehkäisy Nuorten mielenterveys ja mielenterveys koulutuksessa Mielenterveys työpaikoilla Ikääntyneiden mielenterveys Leimautumisen ja sosiaalisen syrjäytymisen torjuminen
<p>Joint Action on Mental Health and Well-being – Mental Health in All Policies -osahanke (EU 2015)</p> <p>Tavoitteena kehittää työkaluja mielenterveysasian viemiseksi osaksi yhteiskunnallista päätöksentekoa</p>	
<p>WHO:n maailmanlaajuinen mielenterveyden toimintasuunnitelma (WHO 2013b)</p>	<p>Kannustetaan maita luomaan mielenterveyspolitiikkaa, joka sisältää seuraavat päätavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> johtajuuden ja hallinnon tehostaminen mielenterveysasioiden alalla kattavien, integroitujen ja helposti lähestyttävien

	<p>vien mielenterveys- ja sosiaalihuoltopalveluiden tarjoaminen yhteisöperustaisessa ympäristössä</p> <ul style="list-style-type: none"> • edistämisen- ja ehkäisemisstrategioiden toteuttaminen mielenterveyden alalla • tietojärjestelmien, näytön ja tutkimuksen vahvistaminen mielenterveyden alalla
<p>WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma (WHO 2013a)</p> <p>Suunnitelma liittyy läheisesti myös muihin WHO:n ohjelmiin. Suunnitelman kehittäminen on ohjannut WHO:n Euroopan alue ja se noudattaa WHO:n maailmanlaajuisen toimintasuunnitelman agenda.</p>	<p>Ydintavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jokaisella on yhtäläinen mahdollisuus saavuttaa psyykkinen hyvinvointi koko elinkaaren ajan; tämä koskee erityisesti heikoimmassa asemassa olevia ja riskiryhmiin kuuluvia • Ihmiset, joilla on mielenterveysongelmia, ovat kansalaisia, joiden kaikkia ihmisoikeuksia kunnioitetaan, suojellaan ja edistetään • Mielenterveyspalvelut ovat helppopääsyisiä, ammattitaitoisia ja kohtuuhintaisia sekä saatavilla yhteisön tarpeiden mukaan • Ihmiset ovat oikeutettuja kunnioittavaan, turvalliseen ja vaikuttavaan hoitoon <p>Läpileikkaavat tavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveysjärjestelmät tarjoavat hyvää fyysisen ja psyykkisen terveyden hoitoa kaikille • Mielenterveysjärjestelmät toimivat hyvin koordinoituna yhteistyössä muiden sektorien kanssa • Mielenterveyspalveluiden hallinto ja toteuttaminen perustuvat hyvään tiedonvälitykseen ja tietopohjaan
<p>The Helsinki statement on health in all policies (WHO 2013c)</p> <p>Helsingissä vuonna 2013 pidetyn WHO:n kahdeksannen terveyden edistämisen maailman konferenssin päätteeksi osanottajat laativat yhteisen julkilausuman, jossa ilmaistiin sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin.</p>	<p>Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelu.</p> <p>Painopisteenä tarve konkreettisiin toimiin myös terveyssektorin ulkopuolella.</p>
<p>OECD: Making Mental Health Count (OECD 2014)</p> <p>Kaikissa OECD-maissa tulisi asettaa mielenterveyteen liittyvät asiat etusijalle niiden suuren yksilön, yhteiskuntaan, terveysjärjestelmään ja talouteen kohdistuvan merkityksen vuoksi.</p> <p>Suorat, epäsuorat ja aineettomat kustannukset edellyttävät terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja työllisyyspalveluiden kehittämistä</p>	<p>Keskeisiä teemoja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mielenterveyden häiriöiden kustannukset • Mielenterveyspalvelujen merkitystä kuvaavien indikaattorien kehittäminen • Lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoidon varmistaminen • Vaikeiden psykiatristen sairauksien palvelujen kehittäminen • Työvoiman osuus mielenterveysjärjestelmien tuottavuuteen ja vaikuttavuuteen • Mielenterveystyön ohjaus
<p>WHO: Preventing suicide: A global imperative (WHO 2014b)</p>	<p>Ydinviestit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • itsemurhien aiheuttama taakka on valtava • itsemurhia voidaan ehkäistä ja jotta kansalliset ohjelmat voisivat olla tehokkaita, tarvitaan kattavaa monialaista itsemurhin ehkäisystrategiaa

	<ul style="list-style-type: none"> • itsemurhan mahdollistavien välineiden saatavuuden rajoittaminen auttaa • itsemurhien ehkäisy on otettava kiinteäksi osaksi terveydenhuoltopalveluita • yhteisöjen rooli itsemurhien ehkäisyssä on keskeinen
<p>WHO: Global strategy to reduce the harmful use of alcohol (WHO 2010)</p> <p>WHO: European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020 (WHO 2012)</p>	<p>Strategian toiminta-alueet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • johtajuus, tiedostaminen ja sitoutuminen • terveydenhuollon toiminta • toiminta lähiyhteisöissä • liikenneraittius • alkoholin saatavuuden sääntely • alkoholimainonnan sääntely • alkoholin hintatasoon vaikuttaminen • humalajuomisen haittojen vähentäminen • laittoman tai kotivalmisteen alkoholin aiheuttamien haittojen vähentäminen • alkoholiolojen ja toiminnan seuranta.
<p>OECD: Tackling Harmful Alcohol Use. Economics and public health policy (Sassi 2015)</p> <p>Raportissa esitellään keskeisin tutkimustieto haittojen ehkäisyn lähtökohdista ja politiikkatoimien vaikuttavuudesta</p>	<p>Raportissa esitetään, että rajoittavasta alkoholipolitiikasta ja tätä tukevista terveydenhuollon ja lainvalvonnan erityistoimista kannattaa pitää kiinni. Kustannusvaikuttava toimenpidepaketti sisältää yleiset hinnan ja markkinoinnin rajoitukset sekä alkoholia paljon käyttäviin kohdistetut interventiot. Alkoholin ongelmakäyttöön puuttumisen lisäksi raportissa rohkaistaan koko väestöön kohdistuviin toimiin.</p>
<p>Fit mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work (OECD 2015)</p>	<p>Keskeistä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kouluissa, opinnoissa tai työpaikoilla toteutetut toimet ovat vaikuttavampia kuin opintojen keskeytymisen tai työelämästä putoamisen jälkeen aloitetut • Onnistuminen edellyttää sosiaali-, terveys-, työllisyys- ja koulutuspolitiikkojen yhteensovittamista ja integroituja palveluja

THL:n toimeenpanosuunnitelma Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamiseksi



(Lähde: THL 2009, THL:n Toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009–2015)

Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet

Etelä-Suomi

- **Mielen Avain 2010-2012, 2012-2013 ja 2013-2015**
- Hallinnoija: Vantaan kaupunki
- Väestöpohja: 1,1-1,8 miljoonaa asukasta
- Tavoitteet: I Asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen, matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen, perustason osaamisen lisääminen, II Levittäminen ja juurruttaminen, hallinnon tehostaminen, III Prevention vahvistaminen, osallisuuden lisääminen, palveluketjujen kehittäminen, erityisryhmien avunsaannin parantaminen, strategiat

Länsi-Suomi

- **Länsi 2010-2012 ja 2012-2013**
- Hallinnoija: Satakunnan sairaanhoitopiiri
- Väestöpohja: 0,4-0,5 miljoonaa asukasta
- Tavoitteet: Länsi 2012: Näyttöön perustuvien toimintamallien käyttöönotto, perustason osaamisen vahvistaminen, alueelliset suunnitelmat, Länsi 2013: Näyttöön perustuvien toimintamallien käyttöönotto, perustason osaamisen vahvistaminen, osallisuuden vahvistaminen, alueellisten suunnitelmien arviointi ja päivittämisen vakiinnuttaminen
- **Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille (PPPR) 2013-2015**
- Hallinnoija: Turun kaupungin hyvinvointitoimiala
- Väestöpohja: 0,6 miljoonaa asukasta
- Tavoitteet: Asiakaslähtöiset palvelut palvelumuotoilulla, johtamismallien kehittäminen, asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehittäminen

Itä- ja Keski-Suomi

- **Arjen mieli 2011-2013**
- Hallinnoija: Etelä-Savon sairaanhoitopiiri
- Väestöpohja: 0,8 miljoonaa asukasta
- Tavoitteet: Suunnitelmat ja vastuunjaon selkiyttäminen, avo- ja peruspalvelujen kehittäminen, perus-, psykiatrian ja päihdepalvelujen yhteistyön parantaminen, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistäminen, asiakaslähtöisyyden vahvistaminen, harvaan asuttujen alueiden palvelujen kehittäminen

Väli-Suomi

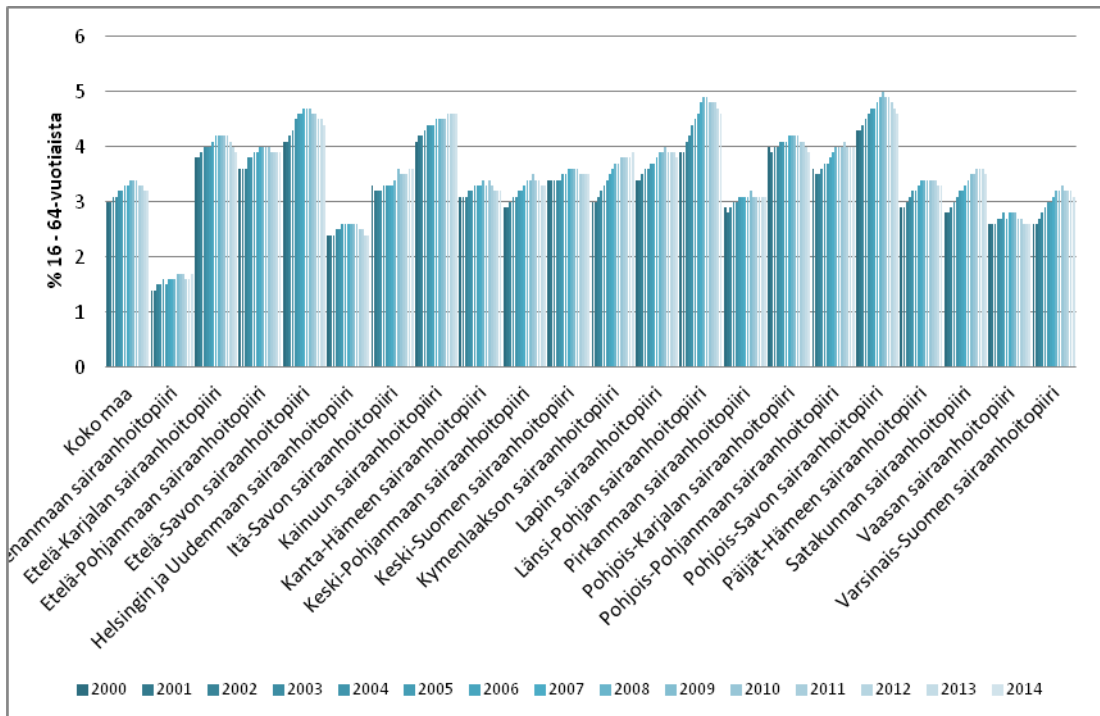
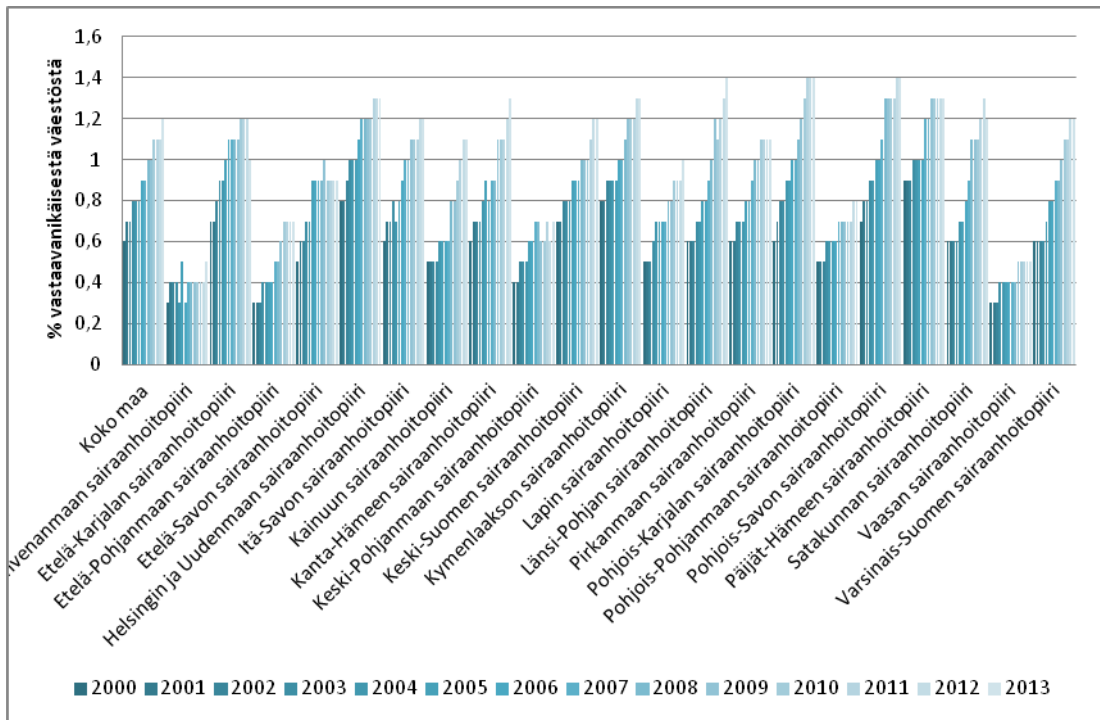
- **Välittäjä 2009-2011 ja 2011-2013**
- Hallinnoija: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Väestöpohja: 1,2 miljoonaa asukasta
- Tavoitteet: Varhaisvaiheen hyvinvointia edistävän työn kehittäminen, osallisuuden lisääminen, erityis- ja peruspalvelujen yhteistyö, toimintamallien ja rakenteiden kehittäminen, teknologian hyödyntämien

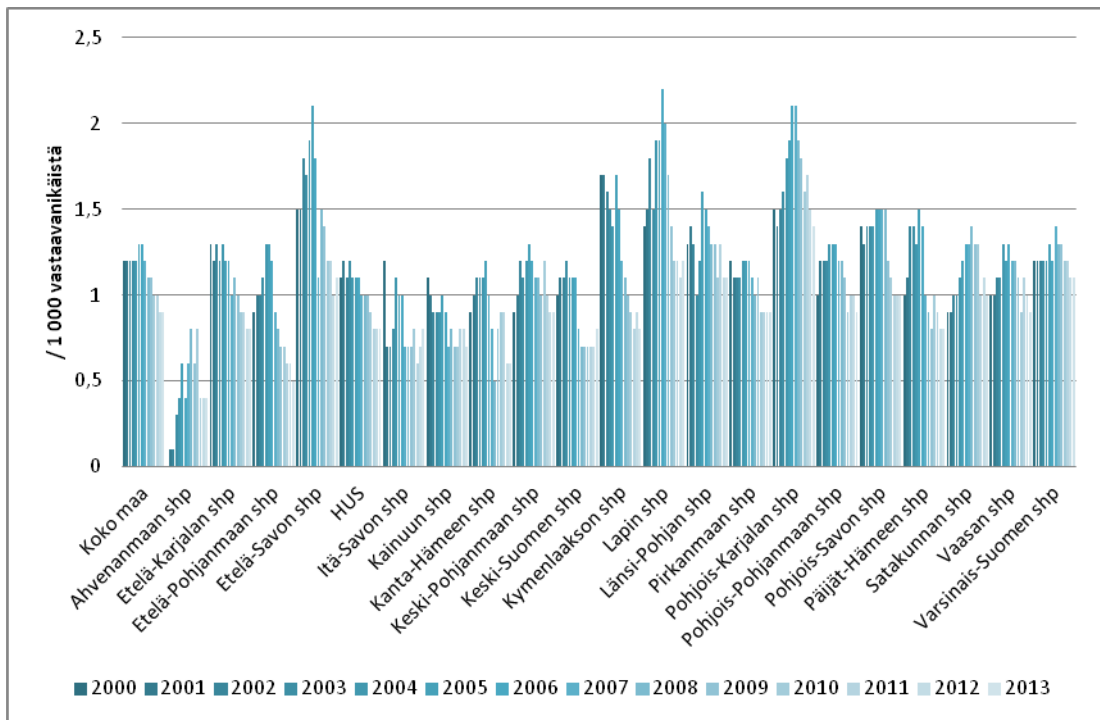
Pohjois-Suomi

- **Tervein Mielin Pohjois-Suomessa 2009-2011**
- Hallinnoija: Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja peruspalvelukuntayhtymä
- Väestöpohja 0,7 miljoonaa asukasta
- Tavoitteet: kokonaistavoitteena pohjoissuomalaisten mielenterveyden ja päihteettömyyden edistäminen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimivuuden ja vaikuttavuuden parantaminen sekä avohoitoisuuden lisääminen.
- **Hyvinvointi hakusessa - riippuvuus riskinä 2013-2015**
- Hallinnoija: Kolpeneen palvelukeskuksen ky --> POSKE & Kainuun sote
- Väestöpohja 0,2 miljoonaa asukasta
- Tavoitteet: Päihderiippuvuusriskissä olevien terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen, omaehtoisen hyvinvoinnin lisäämisen edistäminen, työntekijöiden päihdeosaamisen lisääminen, päihdepalvelujen saatavuuden parantaminen

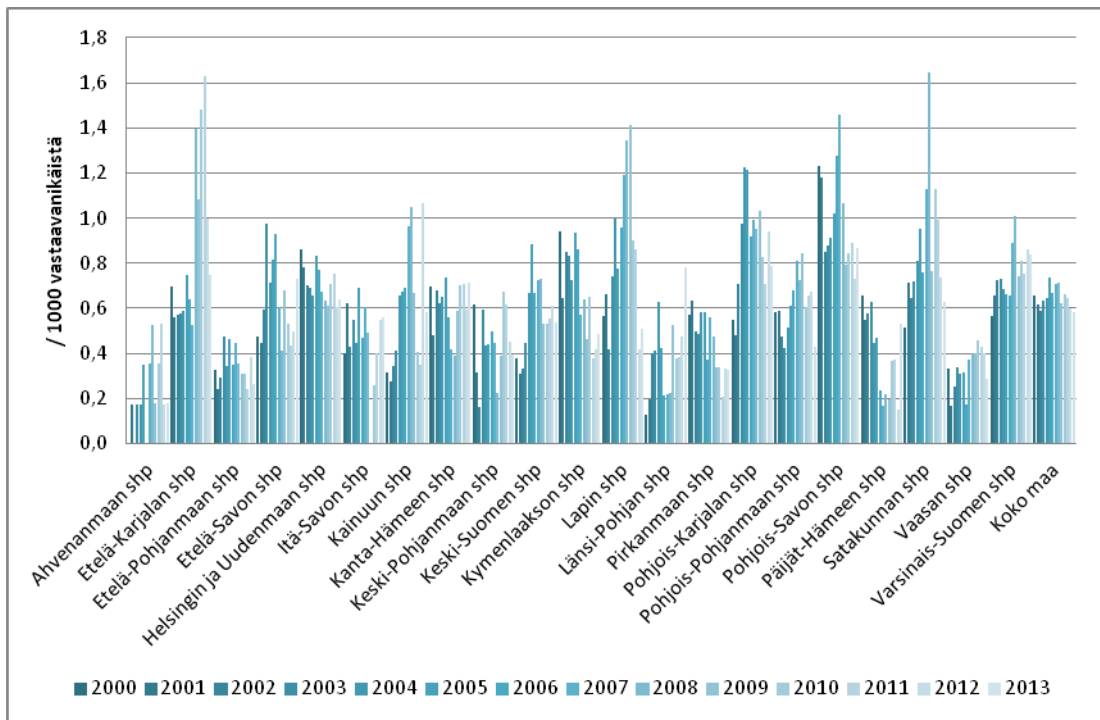
(Lähde: THL 2015c; Partanen & Moring 2012, 184)

Arvioinnissa hyödynnettyjä tilastoidikaattoreita

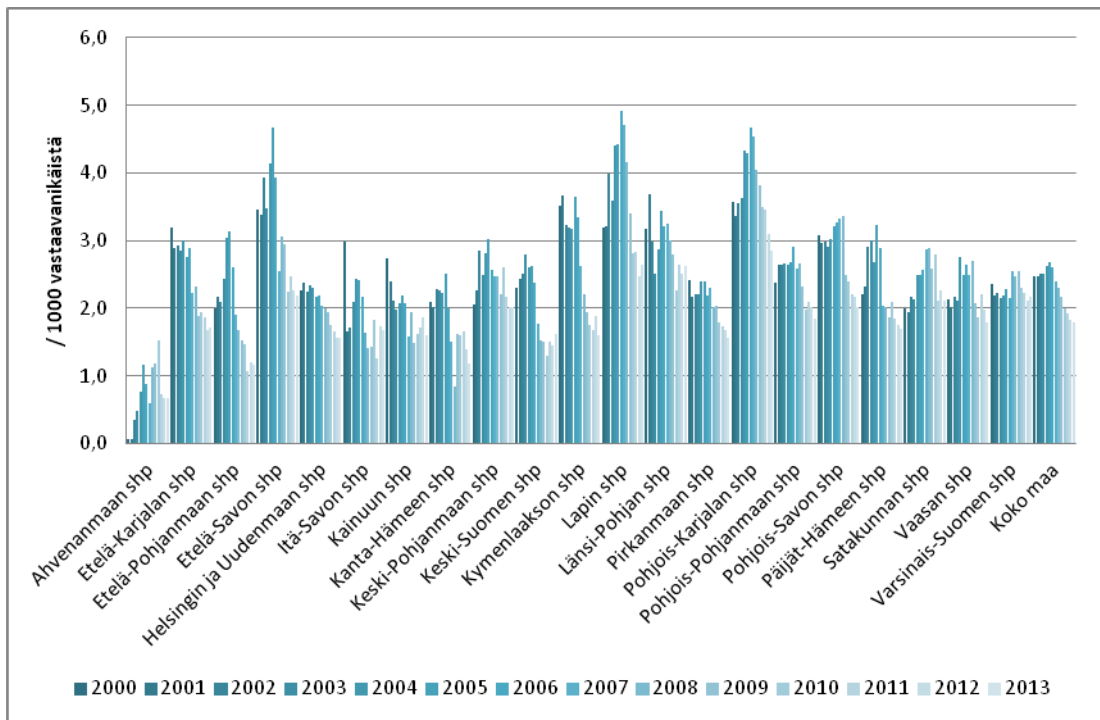




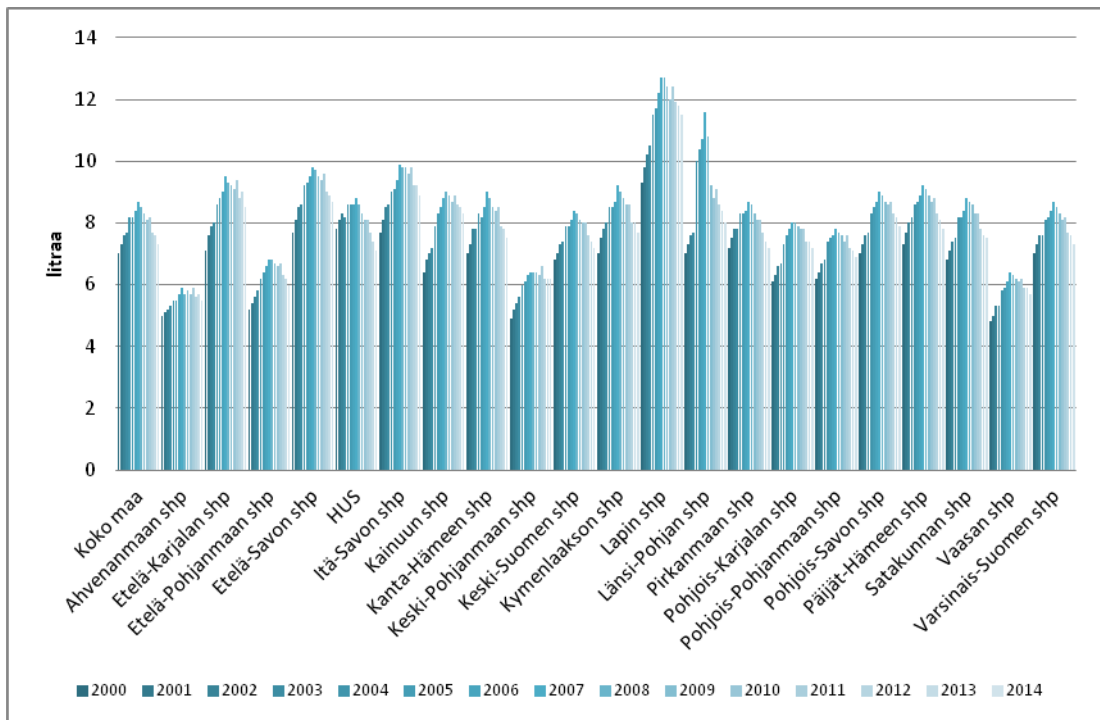
Liitekuvio 3. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätty 18 vuotta täyttäneet / 1000 vastaavanikäistä (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet.fi 2000–2015)



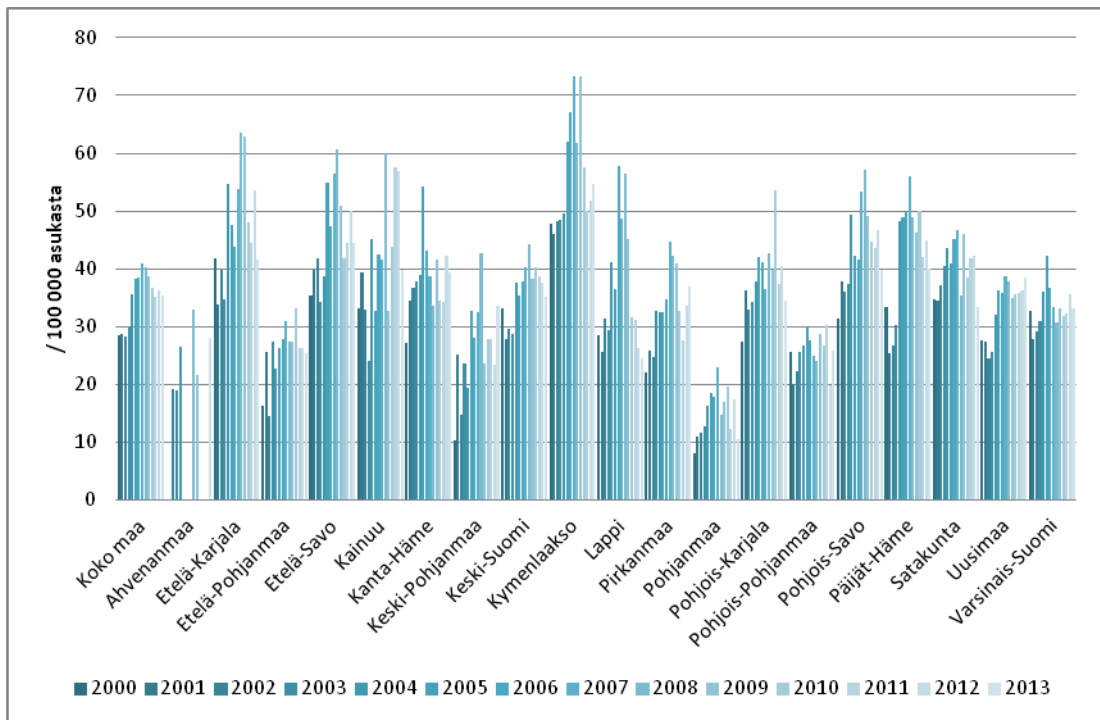
Liitekuvio 4. Tahdosta riippumattomat läheteet psykiatriseen sairaalahoitoon 0–17-vuotiailla / 1000 vastaavanikäistä. (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet 2005–2013.)



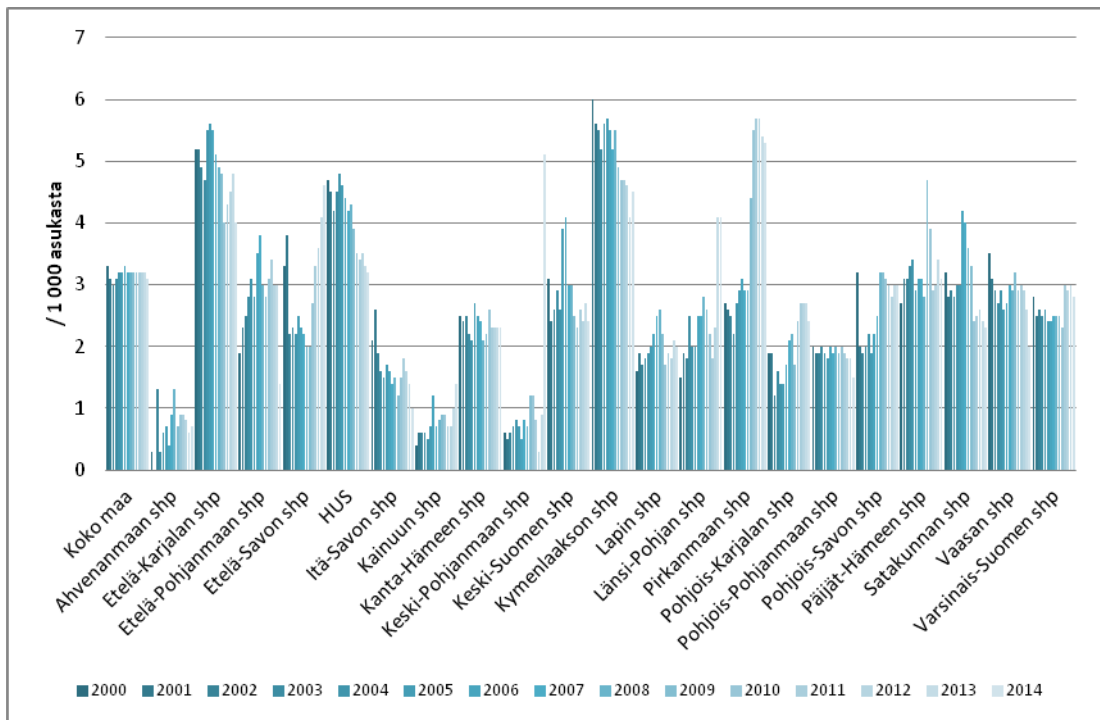
Liitekuvio 5. Tahdosta riippumattomat läheteet psykiatriseen sairaalahoitoon 25-64-vuotiailla / 1000 vastaavanikäistä (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015)



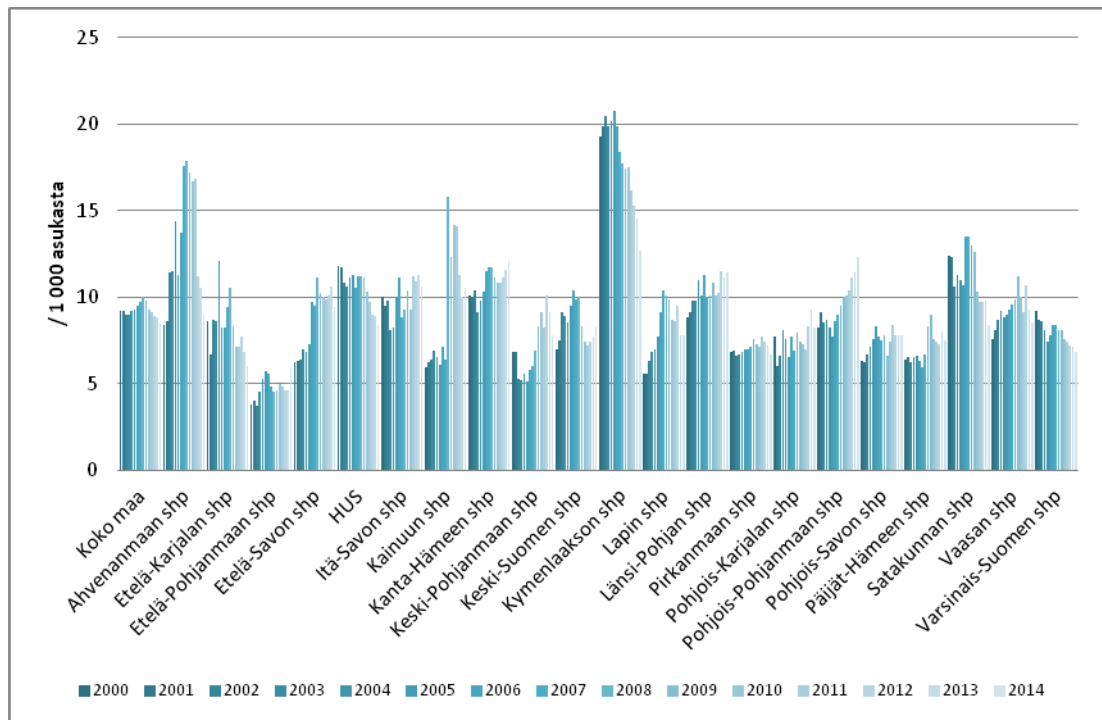
Liitekuvio 6. Alkoholijuomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015)



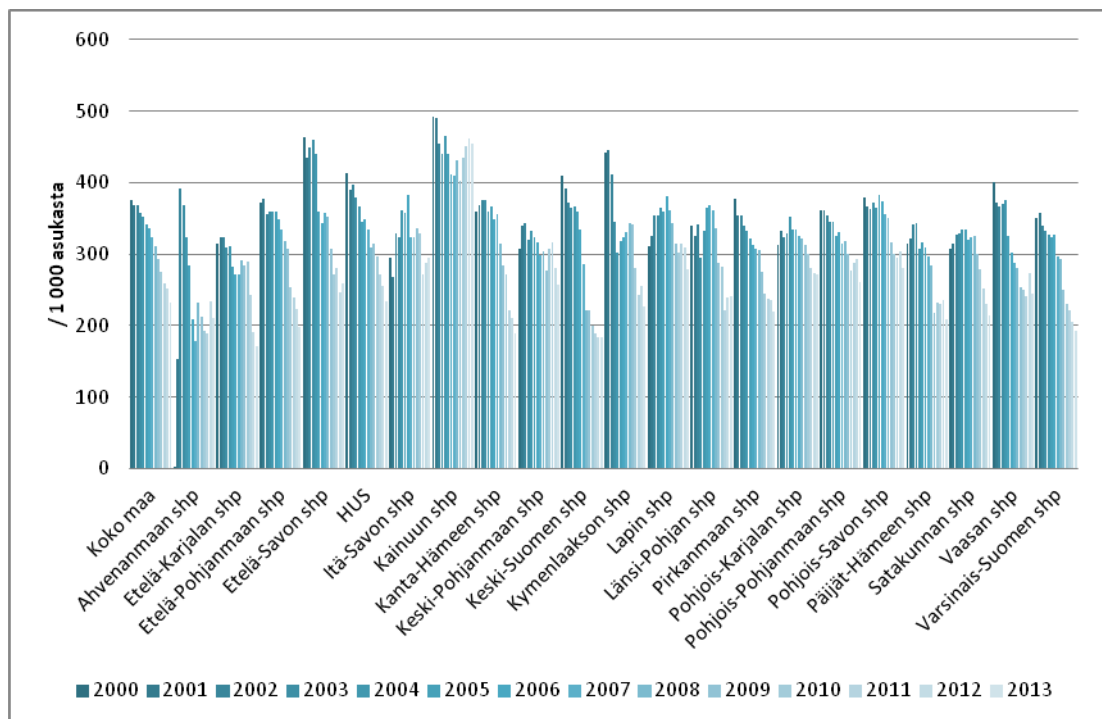
Liitekuvio 7. Alkoholikuolleisuus / 100 000 asukasta (maakunnittain) (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2013)



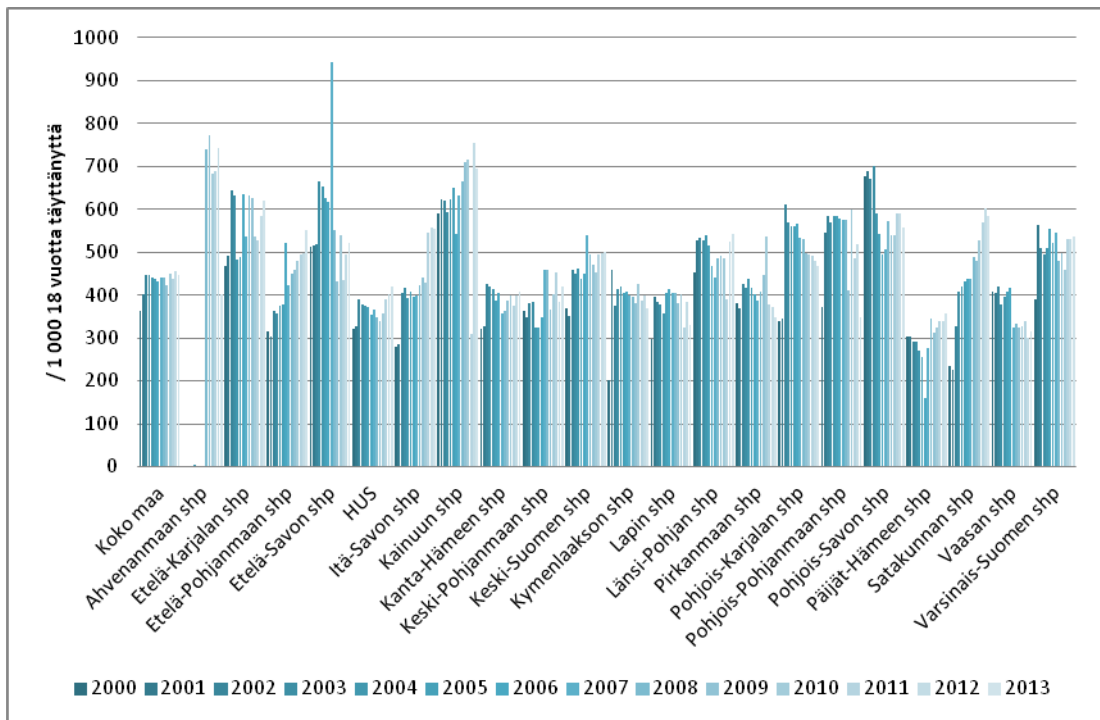
Liitekuvio 8. Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat / 1000 asukasta (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015)



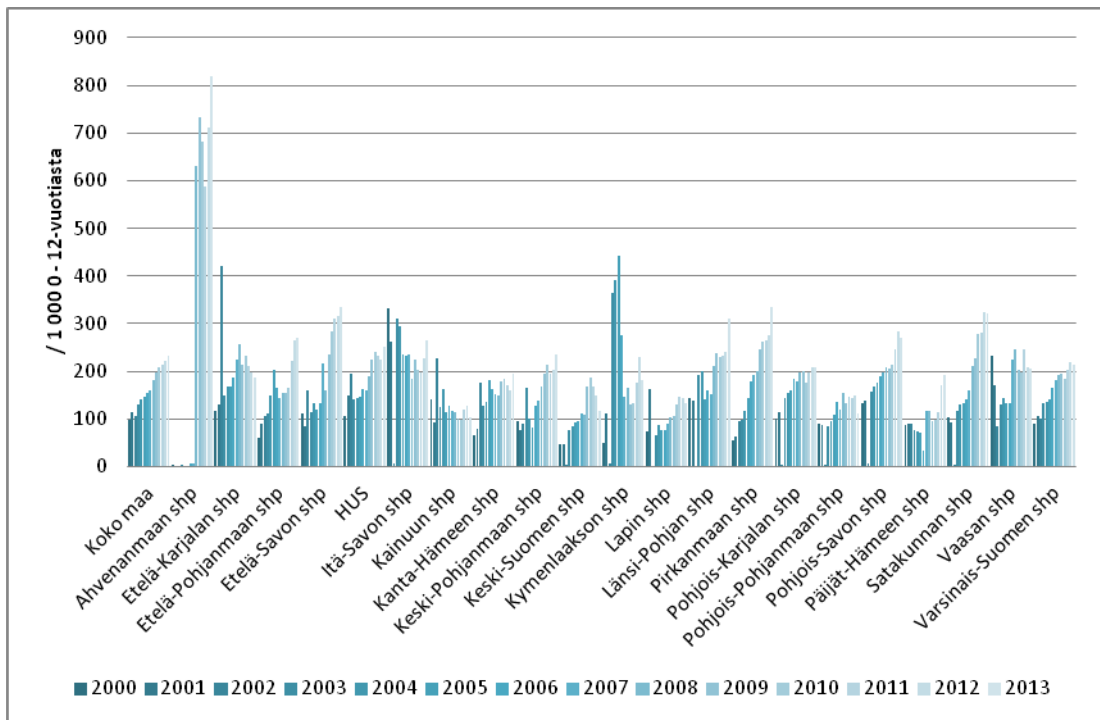
Liitekuvio 9. Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita / 1000 asukasta (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015)



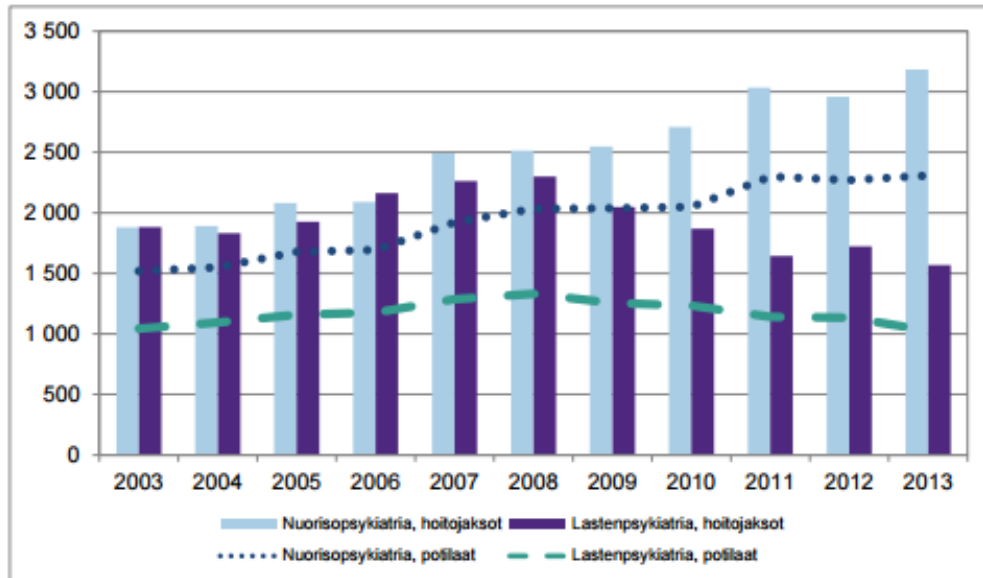
Liitekuvio 10. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät / 1 000 asukasta (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015)



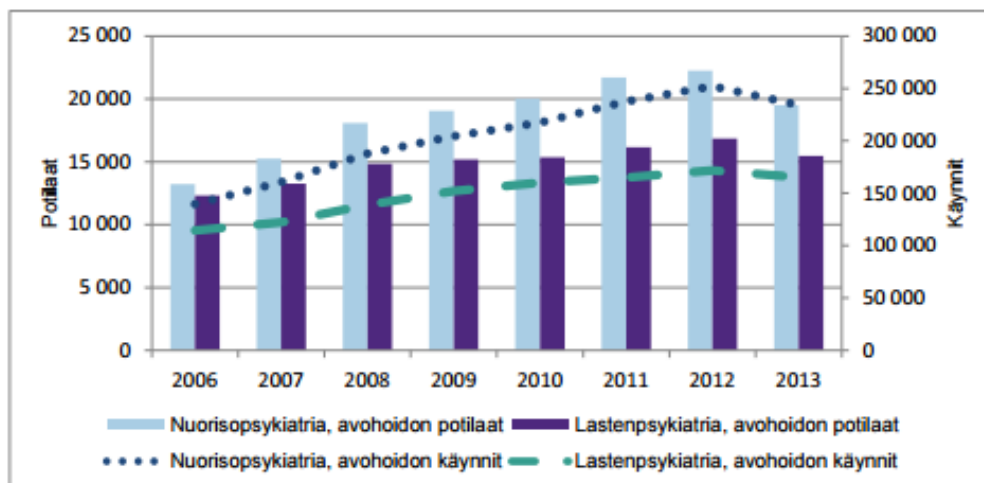
Liitekuvio 13. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 18 vuotta täyttänyttä (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015)



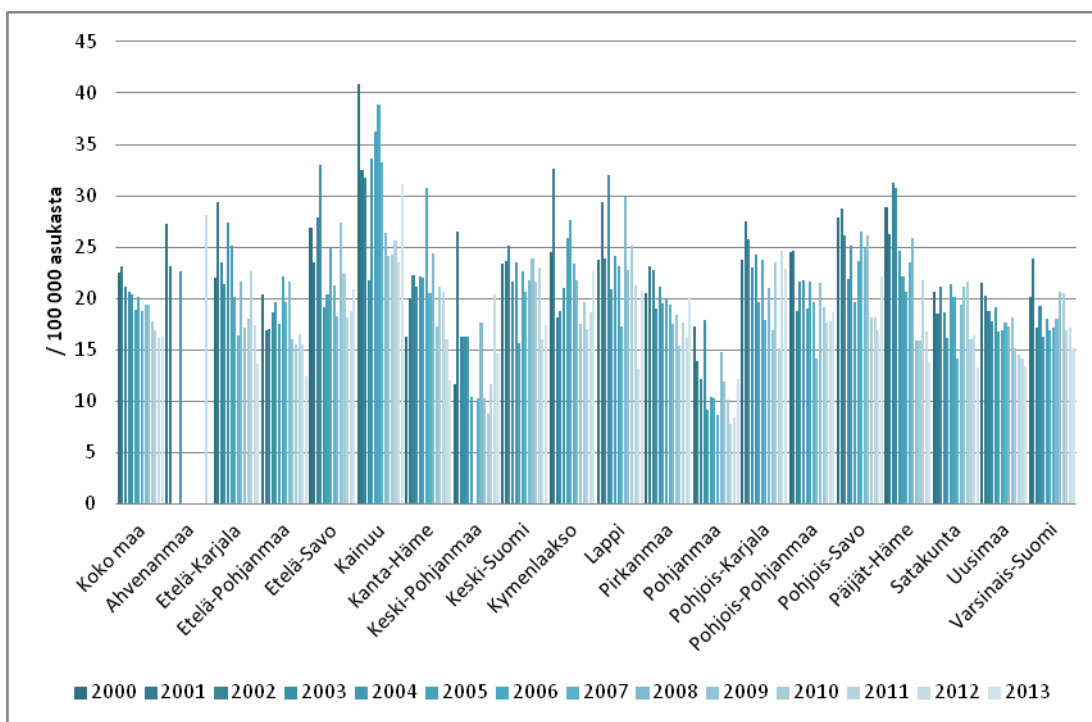
Liitekuvio 14. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, lastenpsykiatria / 1 000 0 - 12-vuotiaasta (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015)



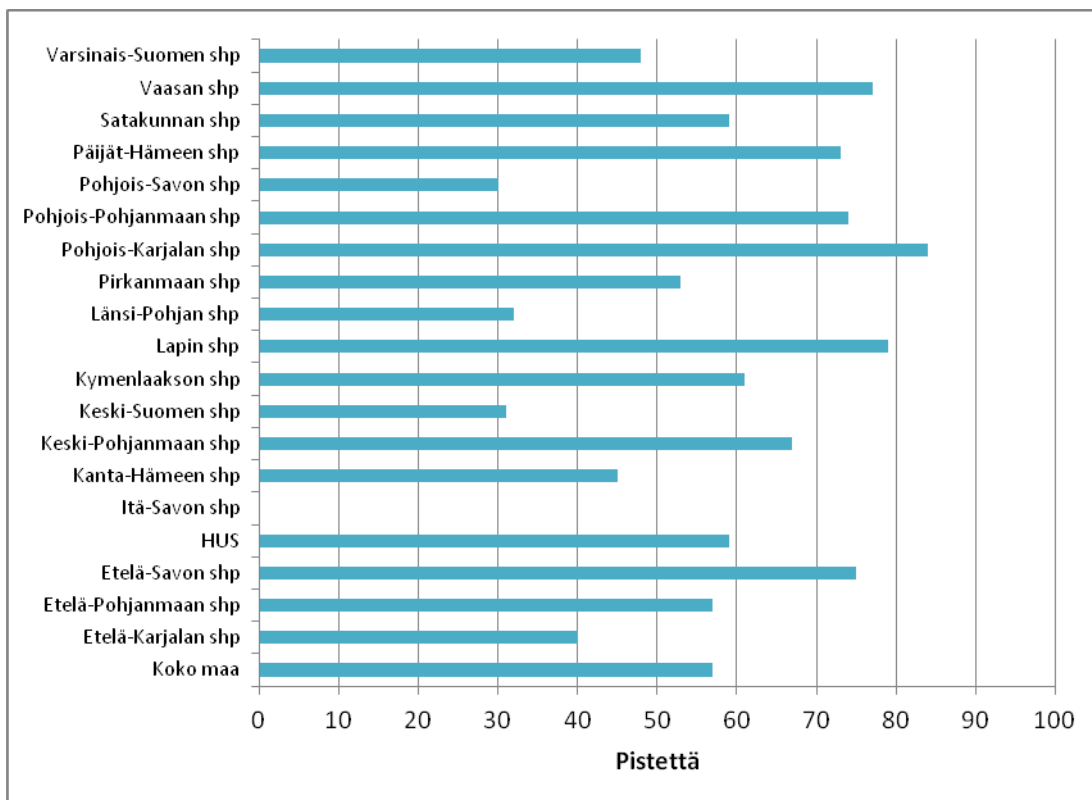
Liitekuvio 15. Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian vuodeosastohoidon potilaat ja hoitojaksot 2003–2013. (Lähde: Rainio & Rätty 2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013. THL Tilastoraportti 2/2015).



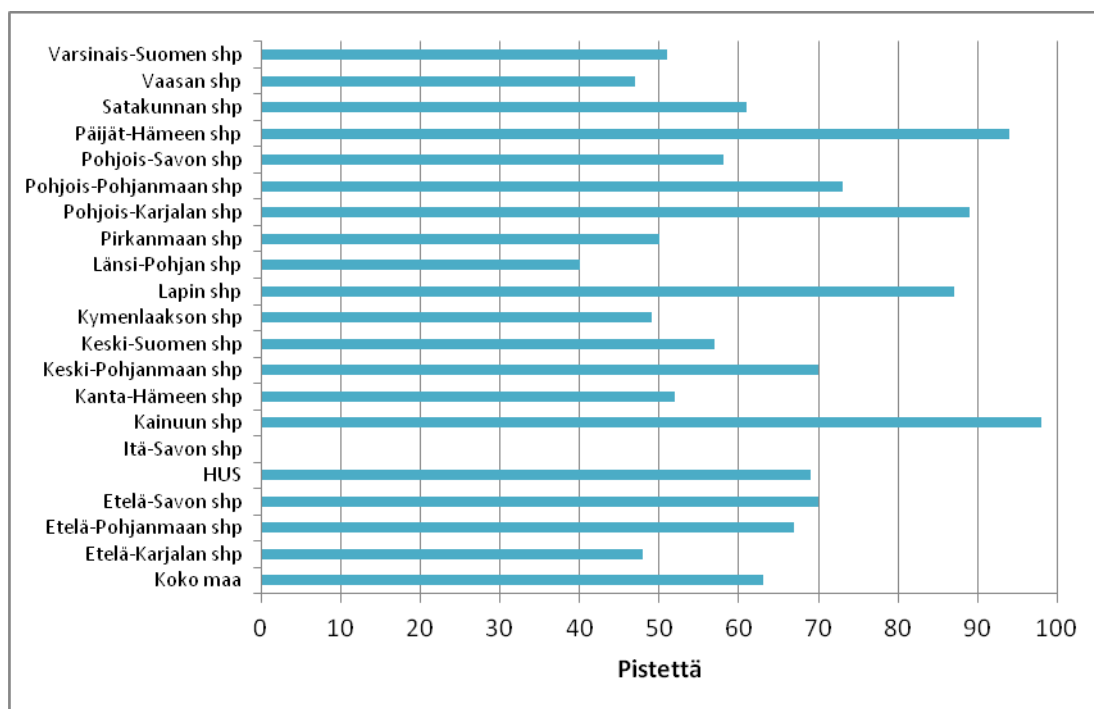
Liitekuvio 16. Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian avohoidon potilaat ja käynnit 2006–2013. (Lähde: Rainio & Rätty 2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013. THL Tilastoraportti 2/2015).



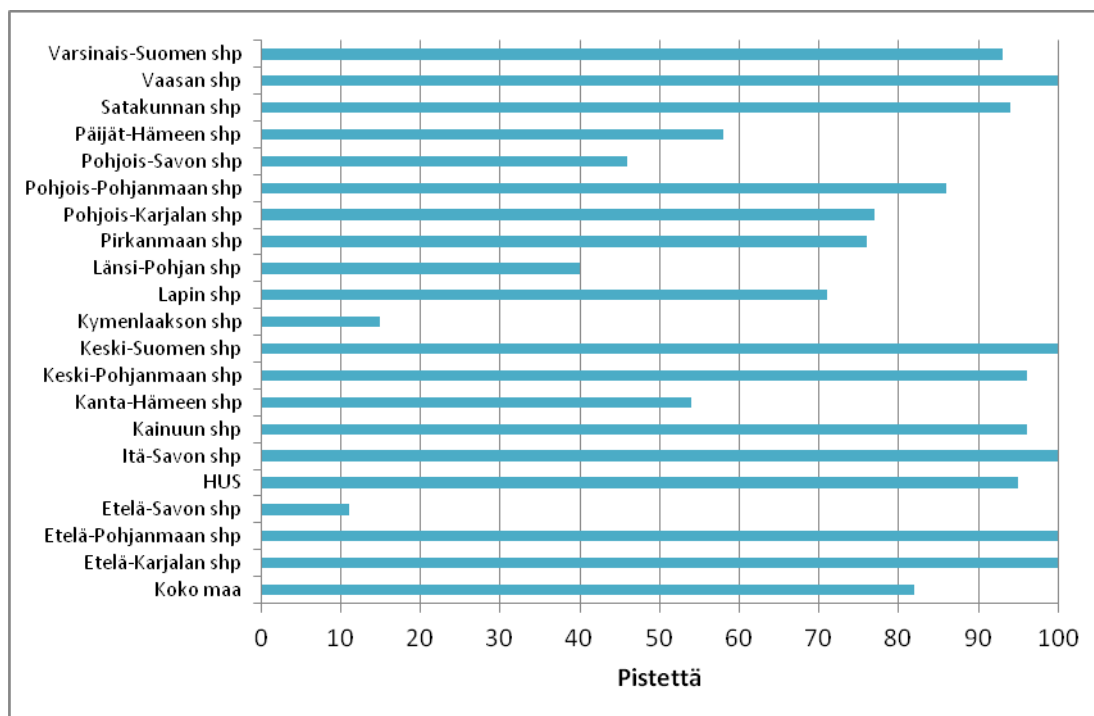
Liitekuvio 17. Itsemurhakuolleisuus / 100 000 asukasta (maakunnittain) (Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2015)



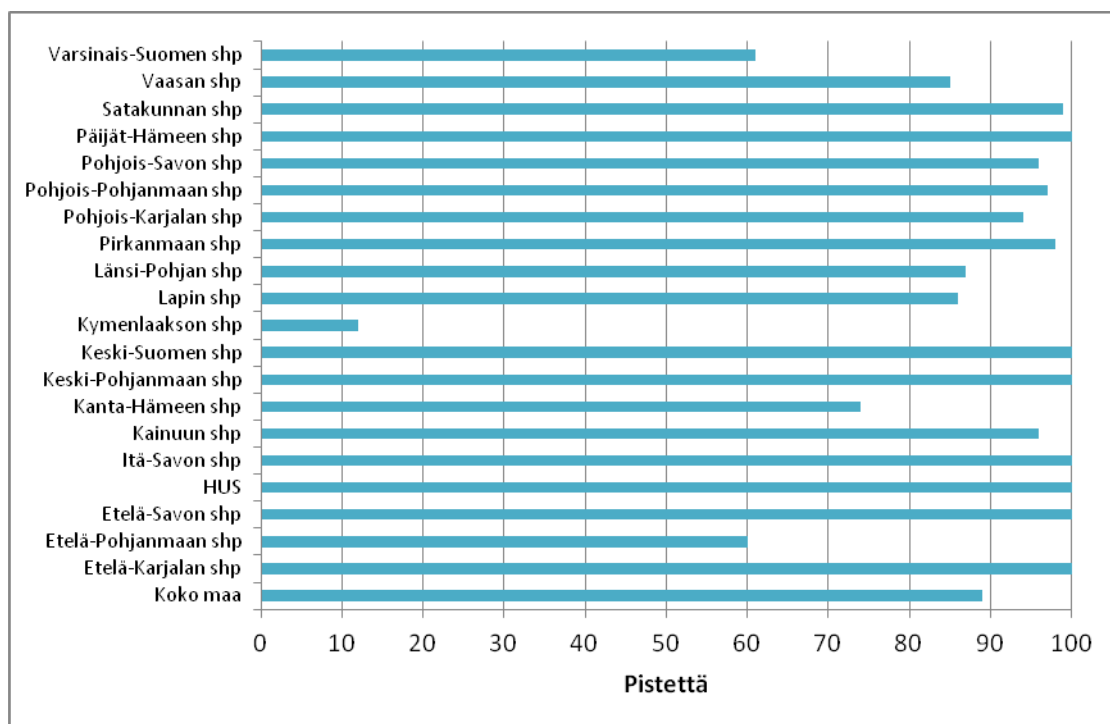
Liitekuvio 18. Mieli 2009 -suunnitelman käsittely valtuustokauden 2014 aikana terveyskeskusten luottamushenkilöhallinnossa. Kainuun sairaanhoitopiiriä koskeva tieto puuttuu. Pistettä: 0 pistettä = ei ole lainkaan käsitelty, 33 pistettä = jaettu tiedoksi, 67 pistettä = esitetty, 100 pistettä = keskusteltu ja päätetty toimenpiteistä. Alueita kuvaavat tiedot on laskettu kuntakohtaisista luvuista väestöllä painotettuna keskiarvona. Mikäli kuntakohtaiset tiedot eivät kuvaa vähintään puolta alueen väestöstä, aluekohtaista lukua ei näytetä. (Lähde: THL, TEAvisari 2015)



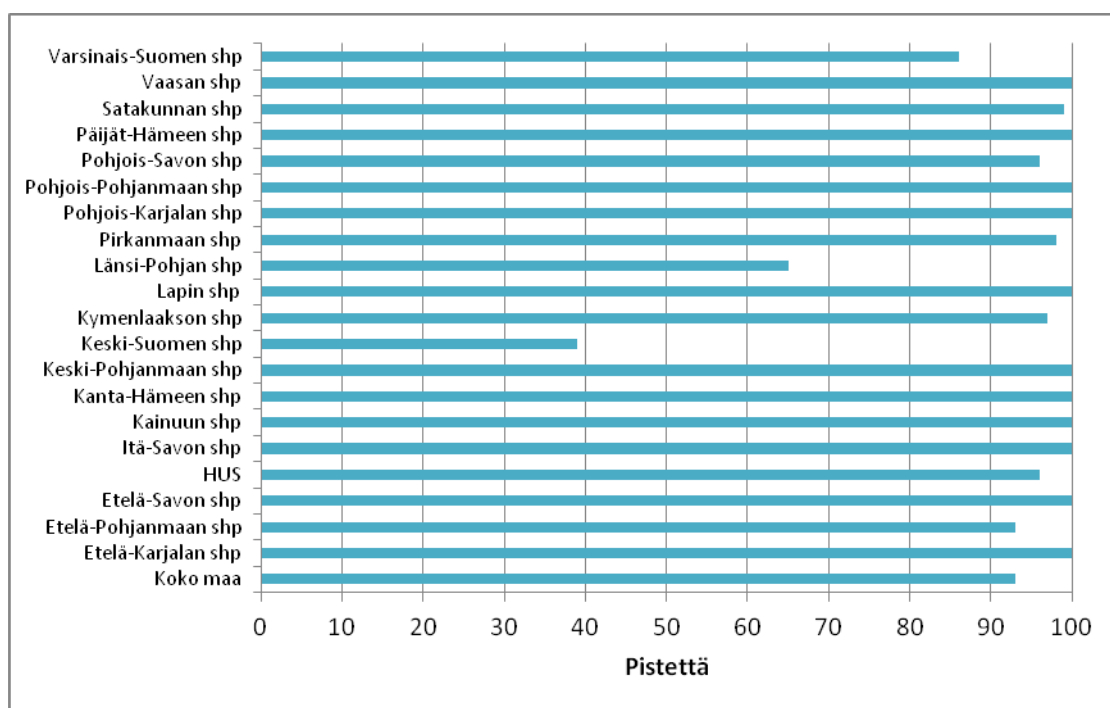
Liitekuvio 19. Mieli 2009 -suunnitelman käsittely valtuustokauden 2014 aikana terveyskeskusten johtoryhmässä. Pisteet: 0 pistettä = ei ole lainkaan käsitelty, 33 pistettä = jaettu tiedoksi, 67 pistettä = esitetty, 100 pistettä = keskusteltu ja päätetty toimenpiteistä. Alueita kuvaavat tiedot on laskettu kuntakohtaisista luvuista väestöllä painotettuna keskiarvona. Mikäli kuntakohtaiset tiedot eivät kuvaa vähintään puolta alueen väestöstä, aluekohtaista lukua ei näytetä. (Lähde: THL, TEAvisari 2015)



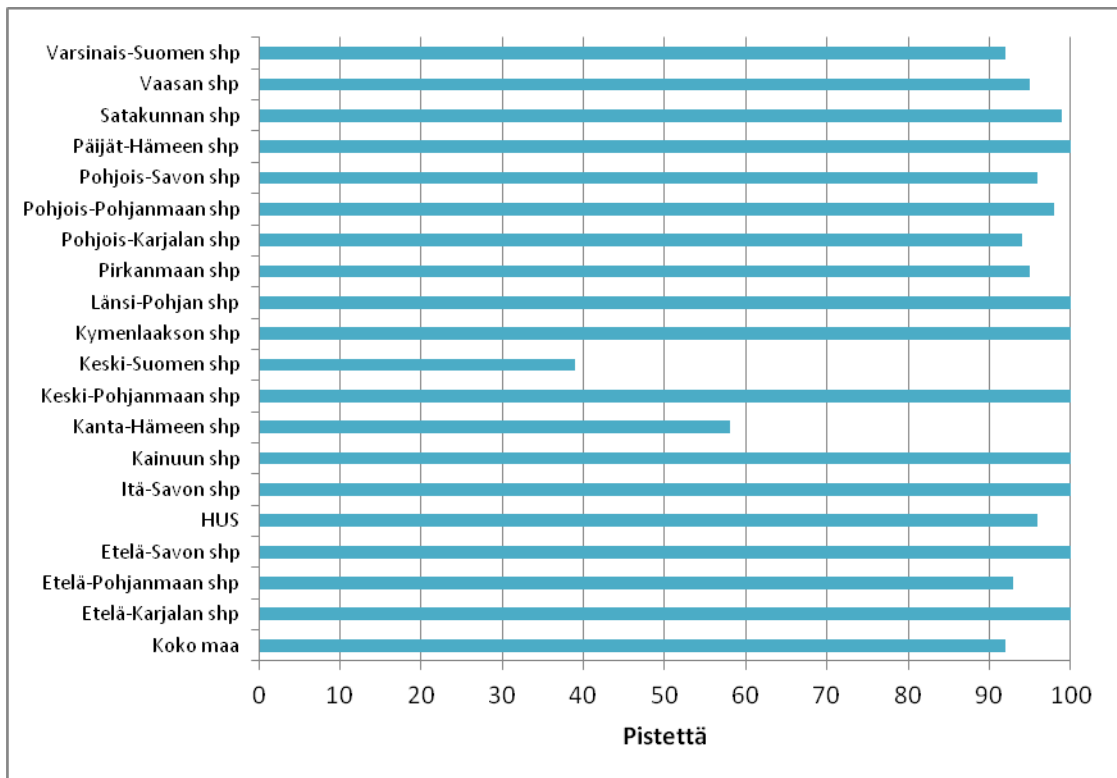
Liitekuvio 20. Depressiohoitaja käytettävissä terveyskeskuksessa omana toimintana tai ostopalveluna (vuoden 2014 tiedonkeruu). Pisteet: 0 pistettä = ei, 100 pistettä = kyllä. Alueita kuvaavat tiedot on laskettu kuntakohtaisista luvuista väestöllä painotettuna keskiarvona. Mikäli kuntakohtaiset tiedot eivät kuvaa vähintään puolta alueen väestöstä, aluekohtaista lukua ei näytetä. (Lähde: THL, TEAvisari 2015)



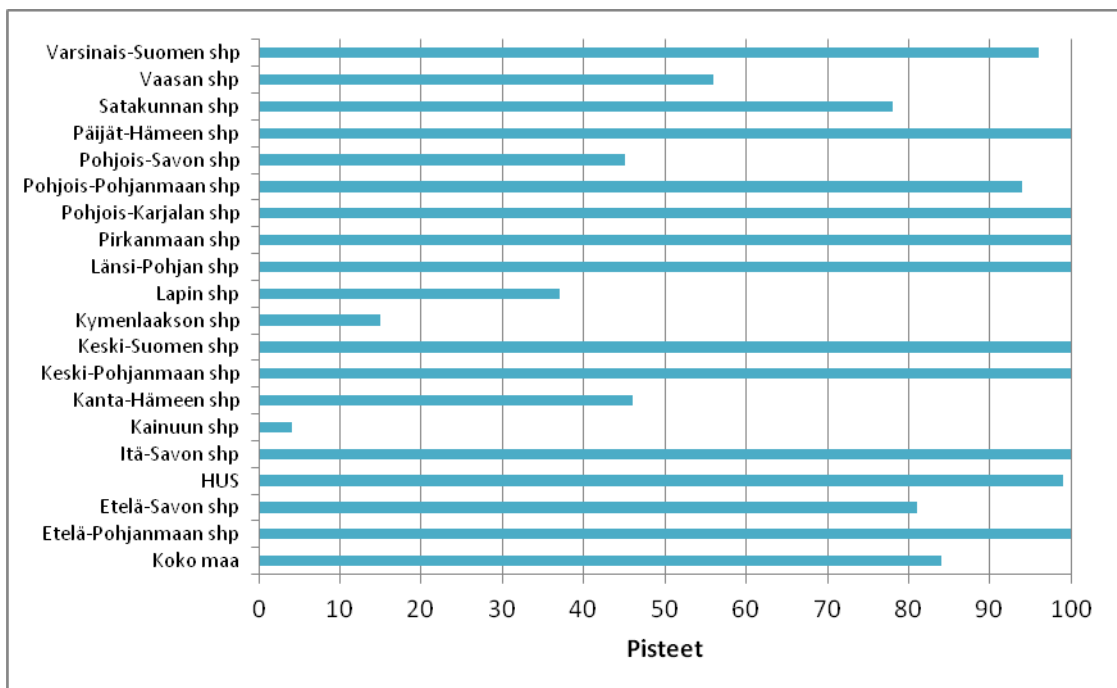
Liitekuvio 21. Päihdehoitaja käytettävissä terveyskeskuksessa omana toimintana tai ostopalveluna (vuoden 2014 tiedonkeruu). Pisteet: 0 pistettä = ei, 100 pistettä = kyllä. Alueita kuvaavat tiedot on laskettu kuntakohtaisista luvuista väestöllä painotettuna keskiarvona. Mikäli kuntakohtaiset tiedot eivät kuvaa vähintään puolta alueen väestöstä, aluekohtaista lukua ei näytetä. (Lähde: THL, TEAvisari 2015)



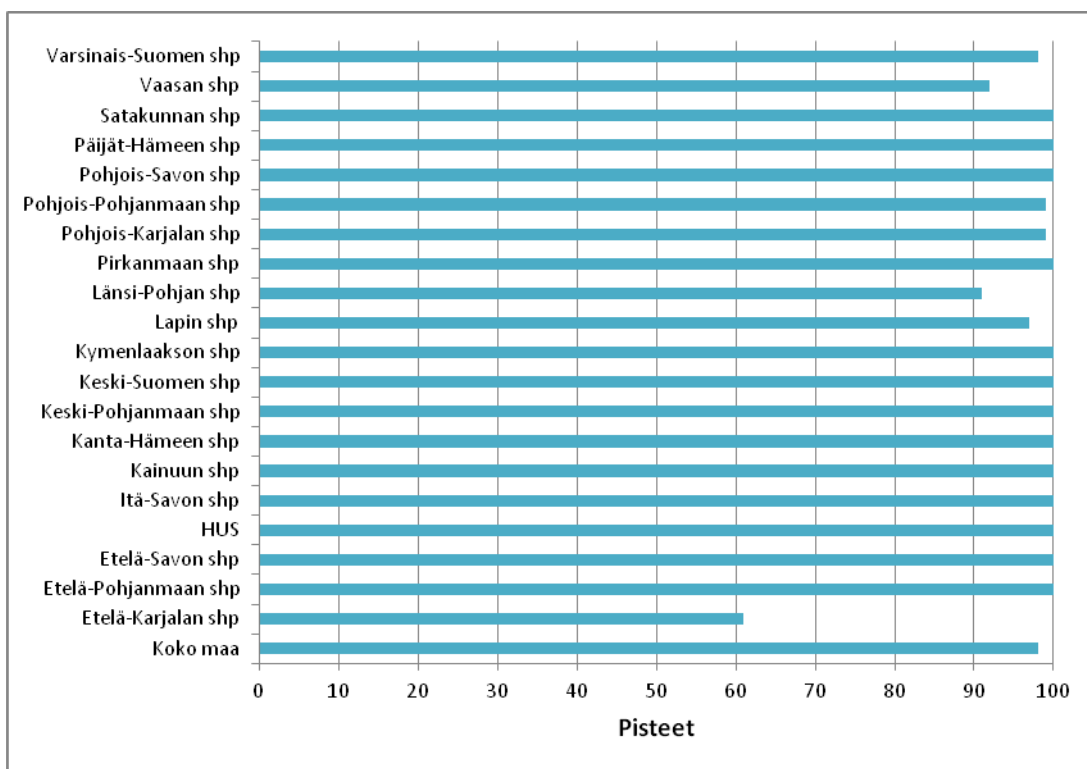
Liitekuvio 22. Terveyskeskuksessa nimetty ehkäisevän mielenterveyshuollon vastuuhenkilö (vuoden 2014 tiedonkeruu). Pisteet: 0 pistettä = ei, 100 pistettä = kyllä. Alueita kuvaavat tiedot on laskettu kuntakohtaisista luvuista väestöllä painotettuna keskiarvona. Mikäli kuntakohtaiset tiedot eivät kuvaa vähintään puolta alueen väestöstä, aluekohtaista lukua ei näytetä. (Lähde: THL, TEAvisari 2015)



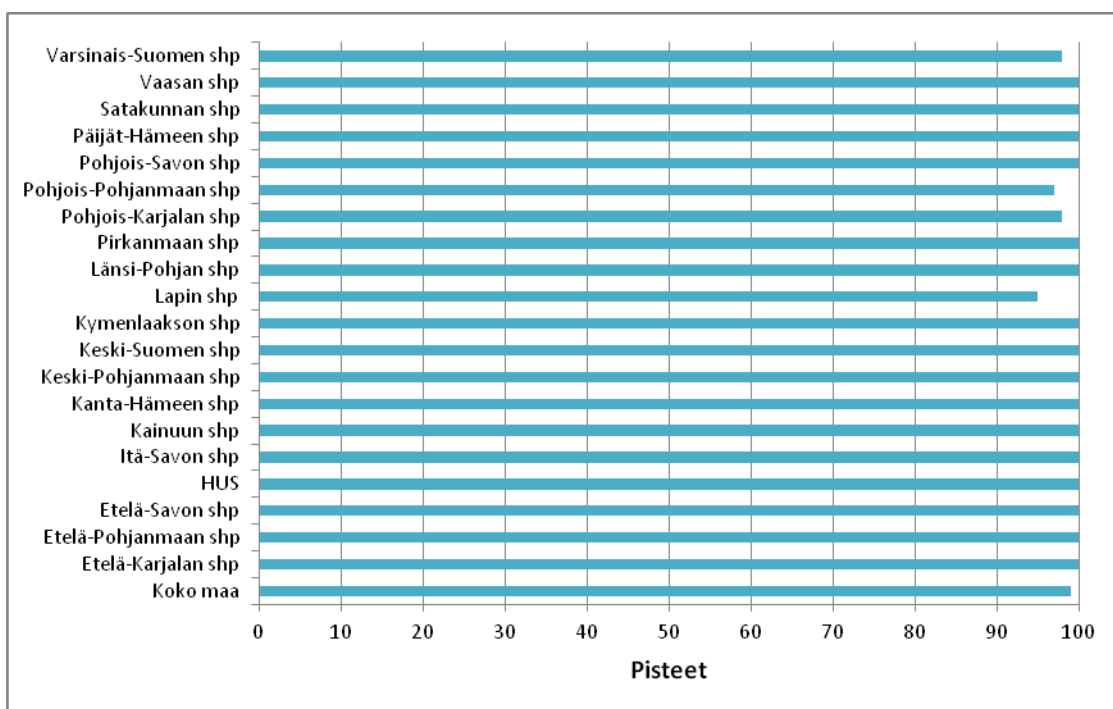
Liitekuvio 23. Terveyskeskuksessa nimetty päihdehaittojen vähentämisen vastuhenkilö (vuoden 2014 tiedonkeruu). Pistet: 0 pistettä = ei, 100 pistettä = kyllä. Lapin sairaanhoitopiiriä kuvaava tieto puuttuu. Alueita kuvaavat tiedot on laskettu kuntakohtaisista luvuista väestöllä painotettuna keskiarvona. Mikäli kuntakohtaiset tiedot eivät kuvaa vähintään puolta alueen väestöstä, aluekohtaista lukua ei näytetä. (Lähde: THL, TEAvisari 2015)



Liitekuvio 24. Työntömmille tarjotut määräaikaist yleiset terveystarkastukset vuonna 2013. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiriä koskeva tieto puuttuu. Pistet: 0 pistettä = ei, 50 pistettä = vain naisille, 50 pistettä = vain miehille, 100 pistettä = kaikille. Alueita kuvaavat tiedot on laskettu kuntakohtaisista luvuista väestöllä painotettuna keskiarvona. Mikäli kuntakohtaiset tiedot eivät kuvaa vähintään puolta alueen väestöstä, aluekohtaista lukua ei näytetä. (Lähde: THL, TEAvisari 2015)



Liitekuvio 25. Määritelmän mukaiset laajat terveystarkastukset äitiys- ja lastenneuvolassa vuonna 2013. Pisteet: 0 pistettä = 3 tai vähemmän, 100 pistettä = 4 tai enemmän. Alueita kuvaavat tiedot on laskettu kuntakohtaisista luvuista väestöllä painotettuna keskiarvona. Mikäli kuntakohtaiset tiedot eivät kuvaa vähintään puolta alueen väestöstä, aluekohtaista lukua ei näytetä. (Lähde: THL, TEAvisari 2015)



Liitekuvio 26. Määritelmän mukaiset kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset vuonna 2013. Pisteet: 0 pistettä = ei, 100 pistettä = kyllä. Alueita kuvaavat tiedot on laskettu kuntakohtaisista luvuista väestöllä painotettuna keskiarvona. Mikäli kuntakohtaiset tiedot eivät kuvaa vähintään puolta alueen väestöstä, aluekohtaista lukua ei näytetä. (Lähde: THL, TEAvisari 2015)